

ANAMNESEBOGEN

Titel, Name, Vorname,,: _____

Geburtsdatum : _____

Tel.: _____ Größe : _____ Gewicht : _____

Beruf : _____ Kontakt mit Lacken, Farben Lösungsmittel?

Ihr Hausarzt : _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?

1. _____ Jahr _____
2. _____ Jahr _____
3. _____ Jahr _____
4. _____ Jahr _____

Liegen bei Ihnen eine chronische Erkrankungen vor?

z.B. Schilddrüse, Bluthochdruck, Gicht, Glaukom, Blutgerinnungsstörungen?

Sind Allergien bekannt? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Seit wann? _____ Schachtel /Tag: _____

Wie häufig müssen Sie Wasser lassen? Tag: _____ mal Nachts: _____ mal

Haben Sie sichtbar Blut im Urin bemerkt? Ja Nein

Hatten Sie schon Nierensteine? Ja Nein

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung oder einen Stuhltest für Darmkrebs-Erkennung?

Ja Wann? _____ Nein

Hatten Sie schon eine Bauch-Schlagader (=Aorta) Untersuchung? Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Krebserkrankung?

Regenstauf, den _____ Unterschrift: _____