

*Datum:* \_\_\_\_\_

## ***Anamnesebogen / Medikamentenplan***

### **Persönliche Daten:**

<b>Name:</b>	_____	Telefonnummer:	_____
geboren am:	_____	Beruf:	_____
Familienstatus:	_____	Größe:	_____ cm
Kinder:	_____	Gewicht:	_____ kg

**Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen           | <input type="checkbox"/> Auswurf                           |
| <input type="checkbox"/> Atemnot                       | <input type="checkbox"/> Herzrasen                         |
| <input type="checkbox"/> Nächtliches Wasserlassen      | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen                    |
| <input type="checkbox"/> Husten                        | <input type="checkbox"/> Aktueller Blutdruck _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergien                     | → _____  |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit | → _____  |
| <input type="checkbox"/> Nikotin (Häufigkeit)          | → _____  |
| <input type="checkbox"/> Alkohol (Häufigkeit)          | → _____  |

### **Vorerkrankungen:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KHK                       |   |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | → Wann: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheter              | → Wann: _____ Wo: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen | → _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | → seit: _____ Maximalwerte: _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus         | → seit: _____ Therapie: _____             |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte     |   |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    |   |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen        |   |
| <input type="checkbox"/> Weitere Vorerkrankungen   | → _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Operationen               | → _____                                   |

### **Familienanamnese:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall      |   |

**Aktueller Medikamentenplan:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_