

Datum: _____

Anamnesebogen / Medikamentenplan

Persönliche Daten:

Name:	_____	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: _____
