



## ANMELDEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Allergien bei Ihnen bekannt, wenn ja welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie an...

■ einer Herz- Lungenerkrankung? Ja  Nein

■ einer Magen-Darm Erkrankung? Ja  Nein

■ Bluthochdruck? Ja  Nein

■ der Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus? Ja  Nein

■ einer Fettstoffwechselstörung? Ja  Nein

■ Erkrankungen des Blutes oder der Blutgefäße? Ja  Nein

■ Erkrankungen der Nerven oder des Gehirns? Ja  Nein

■ Erkrankungen der Harnblase oder der Nieren? Ja  Nein

■ Anderen, nicht erwähnten Erkrankungen? Ja  Nein

Sind Sie in der Vergangenheit schon einmal operiert worden,  
wenn ja, weshalb und wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_