

**Anamnese Name: Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 bitte beantworten Sie uns folgende Fragen- so können wir besser auf ihre individuellen medizinischen  
 Bedürfnisse eingehen.

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

**1. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Name des Med. und Dosis	früh	mittags	abends

Ggf. bitte weiter auf der Rückseite! Allergien können auch auf der Rückseite ergänzt werden.

**2. Haben Sie Allergien gegen Medikamente, wenn Ja welche?.....**

**3. Kardiovaskuläre Risikofaktoren:**

Gewicht.....kg Größe..... cm

Leiden Sie an (zutreffendes bitte ankreuzen):

erhöhtem Blutdruck  Diabetes  erhöhtem Cholesterin

Rauchen Sie? Ja  Nein  Ex-Raucher  seit..... Jahren

Gibt es in ihrer Familie : Herzinfarkte  Schlaganfälle

wenn ja

Wer?..... in welchem Alter?..... Was? .....

.....

.....

.....

**4. Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen ? Ja  Nein**

Wer? ..... Welche? ..... In welchem Alter? .....

.....

.....

**5. Waren Sie selbst schon einmal ernsthaft krank? im Krankenhaus ? Ja  Nein**

(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung.....?)

Was?..... Wann ?.....

.....

.....

**5. Wurden Sie schon einmal operiert? Ja  Nein**

Woran?..... Wann? .....

.....

.....

**7. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?**

Ja  Nein  Zuletzt/ Wann ?.....

**8. Corona:** Ogeimpft  genesen Ogeboostert seit wann: \_\_\_\_\_ Ogetestet wann: \_\_\_\_\_

**Tel-Nr.:** (Privat & Mobil) \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Bitte denken Sie an Ihre Vorbefunde !!**