



**Anamnesebogen für fachärztlich zugewiesene Patienten**

Name, Vorname: .....

geboren am: .....

Telefon: .....

Bitte geben Sie an, weshalb Sie in unsere Praxis überwiesen wurden: .....

.....

Bitte geben Sie uns bedeutsame Vorerkrankungen an (bitte markieren)

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	Chronische Herzschwäche
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beinarterien (pAVK)
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung (Cholesterin, Triglyceride)
<input type="checkbox"/>	Chronische Lungen/Bronchialerkrankung
<input type="checkbox"/>	Chronische Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung
<input type="checkbox"/>	Große Operationen:
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Größe ..... Gewicht .....

**Aktuelle Medikation:** Bitte hier angeben oder legen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan vor.

Medikament	Dosierung	seit

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Übermittlung der hier erhobenen Befunde an den/die zuweisende(n) Arzt/Ärztin ein. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

.....

**Ihr Praxisteam vom Mexikoplatz**

Datum, Unterschrift

