

Anamnese-Bogen

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Allergien:

Stoffwechsel:

Diabetes → insulinpflichtig tablettentpflichtig Diät → letzter HbA1c:
Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion
Vitamin-A-Mangel Vitamin-D-Mangel
Laktoseintoleranz
Sonstige:

Herz-Kreislauf:

Hypertonie (zu hoher Blutdruck) → Tabletten keine Therapie
Hypotonie (zu niedriger Blutdruck) Angina pectoris
Herzrhythmusstörungen Herzklappenfehler
Herzinfarkt: Wann?
Schlaganfall: Wann?
Sonstige:

Atemwege:

Asthma
chronische Bronchitis
COPD
Mukoviszidose
Staublunge
Sonstige:

Niere:

Insuffizienz
Nierensteine
Sonstige:

Leber:

Hepatitis → A B C
Sonstige:

Augen:

Glaukom → seit:
Makuladegeneration: feucht
 trocken

Operationen:

Crauer Star: Wann? Wo?
Glaukom: Wann? Wo?
Netzhaut: Wann? Wo?
Schiel-OP: Wann? Wo?

Medikamente:

Herz:
Sonstige: