

Anamnesebogen Neupatientin/Neupatient

Name:	Vorname:		
E-Mail:			
Größe:	cm	Gewicht:	kg
Tel. Nr.:	Mobil:		
Familienstand:	Kinder:		
Notfallkontakt:			

Zu pflegende Angehörige/Personen:

1. **Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?** Ja () Nein ()
(Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Z.n. Herzinfarkt),
Krebserkrankungen, sonstige chr. Erkrankungen)

2. **Haben Sie Allergien?** Ja () Nein ()
Wenn ja, welche:

3. **Wurden Sie bereits operiert?** Ja () Nein ()
Woran?

4. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Ja () Nein ()
Wenn ja, welche?

5. **Lebensgewohnheiten:**
 - Rauchen Ja () Nein ()
 - Alkohol Ja () Nein ()
 - Sportliche Aktivität Ja () Nein ()

6. **Impfstatus:** Ja () Nein ()
Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis?
(Wenn ja, bitte vorzeigen)

7. **In welchem Jahr war die letzte Check-Up -Untersuchung?** _____

8. **Wann war der letzte Ultraschall des Bauches?** _____

9. **Besitzen Sie einen Pflegegrad oder Grad der Behinderung?** Ja () Nein ()

10. **Besitzen Sie eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht?** Ja () Nein ()