



Dr. med. Andreas Nour-El-Din

Anamnesebogen

Nachname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefonnummer:
Krankenversicherung:	E-Mail:
Adresse:	
Familienstand:	Beruf:
Größe:	Gewicht:

Nikotin:	Alkohol:
O nein O ja	O nein O gelegentlich O häufig O täglich

Sind Sie geimpft ? (z.B. Tetanus)

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	
Diabetes mellitus	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐
Lebererkrankung	☐
Nierenerkrankung	☐
erhöhte Blutfettwerte	☐
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	☐
sonstige Erkrankungen:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	
ja ☐	nein ☐
Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	
ja ☐	nein ☐
Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Leiden Sie an Allergien?	
ja ☐	nein ☐
Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?	
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:	