

Dr. med. Jürgen Karrer MBA
Facharzt für Allgemeinmedizin, - Notfallmedizin – (alle Kassen) –
Facharzt für Chirurgie (Private Kassen)
Hausärztliche Praxis
Tel.: 07261-17 221, Fax: 17 225

Anamnese

Name: Geb.-Dat.:
 Adresse: Beruf:
 Tel: Arbeitgeber:
 E-Mail:

Stoffwechselprobleme Diabetes/ Zucker/ Schilddrüse/ Gicht...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Herz/Kreislauf Bluthochdruck/ Herzinfarkt/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Allergien Lebensmittel/ Blüten/ Arzneimittel/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Hören Tinnitus/ Pfeifen/ Rauschen/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Neurologisch/ Psychisch Epilepsie/ Schlaganfall/ Depressionen/ Schwindel/ ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Atemwege Asthma/ COPD/ Schnarchen/ Tagesmüdigkeit/CPAP ...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Orthopädisch Bandscheibenschaden/ Knie/ Schulter/...	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Regelmäßig Alkohol	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	<hr/> Bier (0,33l) / Woche <hr/> Wein (0,25l) / Woche
Regelmäßig Rauchen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	<hr/> Zigaretten/Tag
Drogenkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Operationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Unfallverletzungen (privat/ bg- lich)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Sport regelmäßig/ unregelmäßig)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Impfungen sind aktuell? (Tetanus/Diphtherie/...)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel wie Brille/ Hörgerät/ Gehwagen/ ...?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Keine Angaben <input type="checkbox"/>	
Sonstiges (akute Beschwerden o.ä.)				