

Dr. Rudolf Raffelsberger

Facharzt für Innere Medizin

Facharzt für Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie das Anamneseblatt sorgfältig aus. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name: Vorname: geb.:

Telefon: Beruf:

Grund des Besuches:

Adresse:

Waren oder sind Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen in Behandlung?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Immunschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

.....
Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel:
Alkoholkonsum? ja nein wenn ja, wieviel Gläser pro Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche

.....
.....
Operationen? ja nein

Wenn ja, welche:

Datum: Unterschrift:

Herzlichen Dank!

Schwarzstraße 8 | 5400 Hallein | Tel: +43 (0)6245 844 76 | www.internist-raffelsberger-hallein.at