

Anamneseblatt

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geb.Datum: _____

Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Tel.Nr.: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Grunderkrankungen (Zucker, Bluthochdruck, Rheuma ...):

Voroperationen:

Allergien: