

## Anamnese - Krankengeschichte

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Allergien**  nein  ja

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Diabetes**  nein  ja, Typ I  Typ II

**Neuropathie/Polyneuropathie**  nein  ja

### Gefäßleiden

Mikroangiopathie  nein  ja

Arteriosklerose  nein  ja

Krampfadern  nein  ja

Thrombose  nein  ja

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI)  nein  ja

Periphere arterielle  
Verschlusskrankheit (PAVK)  nein  ja

**Gicht**  nein  ja

**Hepatitis B**  nein  ja

**HIV**  nein  ja

**Rheuma**  nein  ja

**Medikamente**  nein  ja

wenn ja, Medikamentenplan mitbringen **oder** hier aufschreiben, welche

\_\_\_\_\_

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben vollständig und wahr sind.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient