

# AKUT Anamnese



Werter Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Sollten Sie bei einer Frage nicht sicher sein, so machen Sie bitte ein Fragezeichen.  
Je vollständiger Ihre Angaben sind, umso besser können wir Ihnen helfen.

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann leiden Sie unter den Beschwerden? \_\_\_\_\_

Sind die Beschwerden schlimmer geworden?  ja  nein

Wurden Sie wegen den Beschwerden schon behandelt?  ja  nein

Wenn ja von wem, wann und womit? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben sie Fieber?  ja  nein Wenn ja, wie hoch maximal: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_