



## Anamnesebogen

Sind bei Ihren Eltern oder Geschwister wichtige Erkrankungen bekannt?  Nein

Woran starben sie eventuell \_\_\_\_\_

Wann waren Ihre letzten Impfungen (Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis)?  keine

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten/ Tag \_\_\_\_\_  nein

Alkohol, wenn ja wie viel am Tag? \_\_\_\_\_  nein

Kaffee, wenn ja wie viele Tassen/ Tag \_\_\_\_\_  nein

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



DR. MED. ULRICH FINGER  
DR. MED. MAREN WEISS  
DR. MED. UTA SCHARTMANN  
MVZ Finger und Weiß GmbH