



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die sorgfältige und gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

BITTE FÜLLEN SIE DEN ANAMNESEBOGEN LESERLICH AUS! Danke

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Versicherte Person: (z.B Elternteil / Ehepartner bei familienversicherten Patienten)

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Straße, Hausnr: _____ PLZ, Ort: _____

Mobil: _____ **Telefon:** _____

Versicherung: _____

gesetzlich privat Beihilfe Basistarif

Besteht eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Mein Hausarzt ist: _____

Wann wurden sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigen sie zu blauen Flecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung (Glaukom/grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? (wieviel pro Tag: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde eine Chemotherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (Z.B ASS, Marcumar, Xarelto)? Welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Frauen: Schwangerschaft (ja/vielleicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien? Welche: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Welche: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten