

Anamnesebogen

Damit Ihre Behandlung entsprechend Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzepts und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb. Geburtsort

Anschrift

Straße Nr. PLZ Ort

Tel. / Fax

Tel. tagsüber/dienstlich Tel. privat E-mail

Beruf Arbeitgeber

Versicherungsstatus

Krankenversicherung (gesetzlich) Private Zusatzversicherung?

privat bei Basistarif Beihilfe bei

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja, weshalb?

Ihr Hausarzt / Facharzt:

Name Ort

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, welche?

Blutgerinnungshemmende Medikamente (zB. Marcumar, Xarelto, Aspirin, Eliquis) Bisphosphonate (Knochenstoffwechselhemmer)

Haben Sie Allergien? nein ja, welche? Allergiepass vorhanden?

Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf? nein ja, welche?

Haben Sie Herz-, Kreislaufferkrankungen?

nein ja, welche?

Herzschwäche (Insuffizienz) Hoher Blutdruck Herzschrittmacher, Defibrillator, Herzklappenersatz
Angina pectoris Niedriger Blutdruck Herzinfarkt, wann: _____

Haben Sie Infektionserkrankungen?

nein ja, welche?

Leberentzündung (Hepatitis A / B / C) Aids
Tuberkulose Sonstiges _____

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen?

nein ja, welche?

- Zuckerkrankheit (Diabetes) Nierenerkrankungen Schilddrüsenunterfunktion
- Magen-Darm-Erkrankungen Schilddrüsenüberfunktion

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems?

nein ja, welche?

- Epileptische Anfälle Anfallsleiden

Haben Sie Bluterkrankungen?

nein ja, welche?

- Blutgerinnungsstörung

Haben Sie folgende Erkrankungen?

nein ja, welche?

- Schlaganfall : Jahr _____ Künstliche Gelenke
- Grüner Star/Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) Rheuma

Haben sie eine Pflegestufe?

nein ja, welcher Grad?

Sind Sie Raucher?

nein ja

Sind Sie schwanger?

nein ja, welcher Monat?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Thyrnau, den

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter, gerichtlich bestellter Betreuer

.....

.....

.....

.....

.....

.....