

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir benötigen von Ihnen folgende Informationen, um uns individuell auf Sie einzustellen und die Behandlung planen zu können. Die von Ihnen angegebenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

→ _____
Vorname

→ _____
Nachname

→ _____
Geburtsdatum

→ _____
Telefonnummer

→ _____
PLZ, Ort

→ _____
Straße, Nr.

→ _____
Krankenkasse

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Haben Sie einen Herzpass? Ja Nein

Waren Sie bis vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor? (z.B. Penicillin, zahnärztliche Betäubung)?

Liegen Allergien vor (z.B. Latex, Heuschnupfen, Asthma)?

Liegt eine Erkrankung des Herzens vor (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris)?

Liegt eine Erkrankungen des Kreislaufs vor (z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall)?

Liegt eine Erkrankung der Leber vor (z.B. Hepatitis)?

Liegt eine Zuckerkrankheit vor? Ja Nein
(Diabetes)

Liegt eine Blutgerinnungsstörung vor? Ja Nein
(häufiges Nachbluten)

Liegen Anfallsleiden / Krampfleiden vor (z.B. Epilepsie)?

Liegen Infektionskrankheiten vor (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis)?