

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vielen Dank für Ihr Vertrauen. Um eine bestmögliche Behandlung sicher stellen zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen und zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

PATIENT

Vorname: _____ Name: _____ Geb.: _____

Strasse / Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Name der Versicherung: _____ gesetzlich privat

Terminreminderung erwünscht: ja nein Telefon E-Mail Brief

GESUNDHEITSPRAGEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epillepsie)	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>		
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Leberentzündung / Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (Herzasthma)	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wann _____	<input type="checkbox"/>	chronische Atemwegserkrankungen (Asthma)	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>

Zu hoher oder niedriger Blutdruck Leiden oder litten sie an einer Krebserkrankung?
Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten? Wenn ja, welche? _____
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer?
Wenn ja, welche? _____ Haben oder hatten sie eine Chemotherapie oder Bestrahlung? Wenn ja, wann? _____

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>
Magen-/ Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>		

Allergie gegen Medikamente oder andere Stoffe
Wenn ja , welche? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten