

Anamnesebogen

Damit Ihre Behandlung nach 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 email

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,,) 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 _____

