



Anamnesebogen

Name Vorname Geb.- Datum
 Straße PLZ, Ort
 Tel.-Nr. (privat) Tel.-Nr. (mobil)
 Beruf (optional)..... Versicherung: Kasse Privat Zusatzversichert

Allgemeine Situation

	ja	nein
Asthma/Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner/Blutgerinnungs- störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, wann/warum

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja
 nein

wenn ja, welche.....

Sind Sie Raucher?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihren nächsten Vorsorgetermin?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Zeitung Empfehlung durch.....

Ich bestätige, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und nach aktuellem Stand gemacht wurden. Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch erfasst werden und bin darüber aufgeklärt, dass diese der Schweigepflicht unterliegen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter