

Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine adäquate und risikofreie Behandlung sind Angaben zu Ihrem Allgemeinen Gesundheitszustand von großer Bedeutung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und sorgfältig zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Adresse: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Hausarzt: _____

Allgemeine Anamnese (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt (Zeitpunkt: _____) | <input type="checkbox"/> |
| Bypass-OP, Herzschrittmacher, Stent | <input type="checkbox"/> | Herzpass, Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Immunerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> |
| Tabakkonsum (Anzahl pro Tag: ____) | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |

Allergien (welche): _____

Medikamente: _____

Sonstige Erkrankungen (ggf. Erläuterungen zu oben): _____

Liebe Patienten, wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis, möglichst ohne lange Wartezeiten. Wir bitten Sie daher, reservierte Termine bei Notwendigkeit rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir leider etwaige Ausfallzeiten nach § 615 BGB, §287 ZPO in Rechnung stellen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum:

Unterschrift: