

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um eine sorgfältige und wahrheitsgemäße Beantwortung der folgenden Fragen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Beachten Sie bei der Terminplanung, dass eine lokale Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

- Privat versichert Info-Blatt „Beihilfe Privat“ erhalten

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon

Privat _____ Handynummer _____ Beruflich _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Bei „ja“ bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie (welche)			
2 Anfallsleiden (Epilepsie)			
3 Atemwegserkrankung (welche)			
4 Blutgerinnungsstörung			
5 Diabetes (welcher Typ)			
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)			
7 Erkrankung blutbildender Organe			
8 Herz – Kreislauf - Erkrankung			
8.1 Herzinsuffizienz			
8.2 Angina pectoris/Koronare Herzerkrank.			
8.3 Herzinfarkt (wann gewesen)			
8.4 Herzrhythmusstörungen			
8.5 Herzschrittmacher			
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz			
8.7 Hypertonie/Hypotonie (erhöhter/niedriger Blutdruck)			
8.8 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex			
8.9 Angeborener Herzfehler			
8.10 Zustand nach Endokarditis			
9 Infektionskrankheiten			
9.1 Hepatitis (welcher Typ)			
9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)			
10 Lebererkrankung			
11 Magen - Darm - Erkrankung			
12 Nierenerkrankung			
12.1 Chronische Niereninsuffizienz			
12.2 Dialyse			
13 Osteoporose			
14 Rheumatoide Arthritis			
15 Schilddrüsenerkrankung			
16 Tumorerkrankung			
17 Nehmen Sie Biphosphonate?			
18 Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?			
19 Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?			
20 Nehmen Sie hochdosierte Steroide/ Immunsuppressiva?			
21 Frühere Operationen?(welche, wann)			
22 Haben sie künstlichen Gelenkersatz/Endoprothesen			
23 Sind / waren Sie drogenabhängig?			
24 Nehmen Sie Medikamente? (welche)			
25 Besteht eine Schwangerschaft?			
26 Haben Sie Angst vor der Behandlung?			

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Überwiesen worden durch:
 über die Krankenkasse Internet sonstiges, und zwar:

Datum, Unterschrift Patient / Versicherter _____

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben