

ANAMNESEBOGEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ Krankenkasse _____

Beruf _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie in unser kostenloses Recall-System aufgenommen werden? ja nein

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Allgemeinerkrankungen: Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz- /Kreislaufkrankungen: ja nein welche? _____

Blutgerinnungsstörung: ja nein welche? _____

Infektionserkrankungen:
(z.B. Hep. B/C, HIV, Tbc) ja nein welche? _____

Lungenerkrankung:
(z.B. Asthma) ja nein welche? _____

Erkrankung der inneren Organe: ja nein welche? _____

Diabetes (Zuckerkrankheit): ja nein welche? _____

Osteoporose: ja nein

Weitere Erkrankungen: ja nein welche? _____

Allergien:

Leiden Sie an Allergien? ja nein welche? _____

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Rauchen Sie? ja nein wieviel? _____

Ihre Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum, Unterschrift