



ANAMNESEBOGEN

Patient Herr / Frau

Name Vorname geb.

Versicherter

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße/ Nr. PLZ/ Ort

Telefon

Privat Mobil

Geschäftl. Email

Krankenkasse

Gesetzlich versichert ja nein
Zusatzversicherung ja nein
Pflegegrad / Eingliederungshilfe: ja nein
privat versichert ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein

ALLGEMEINE SITUATION – zutreffendes bitte ankreuzen –

- Herzfehler, Herzklappenentzündung, künstliche Herzklappe, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzpass, Gerinnungsstörung, Nachbluten nach Operationen, Nehmen Sie Bisphosphonate ein, Osteoporose, Hepatitis A B C, Tuberkulose, Immunschwäche HIV-positiv AIDS, Krampfanfälle (Epilepsie), Grüner Star, Schilddrüsenerkrankung, Gelenkerkrankung, Asthma / Lungenerkrankung, Zuckerkrankheit / Diabetes, Raucher, Schwangerschaft Stillen, Antibiotikaallergie, Lokalanästhetikumallergie, sonstige Allergien/Erkrankung

Wurde bei Ihnen eine Strahlen-Chemotherapie durchgeführt? Wann:

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?

ASS 100mg, Ass 300mg, Marcumar, Plavix, Eliquis, Clopidogrel, andere

Nehmen Sie momentan andere Medikamente oder Schmerzmittel ein? Haben Sie einen Medikamentenplan?

.....

In eigener Sache

Unsere Praxis bietet für alle Vorsorgeuntersuchungen ein Recallsystem an. Möchten Sie von uns erinnert werden?

ja, per Post, ja, per Mail, nein

Datum, Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

Anamnesebogen ZA Revision 002