



ANAMNESEBOGEN

Patient Herr / Frau

Name ..... Vorname ..... geb. ....

Versicherter

Name ..... Vorname ..... geb. ....

Anschrift

Straße/ Nr. .... PLZ/ Ort .....

Telefon

Privat ..... Mobil .....

Geschäftl. .... Email .....

Krankenkasse ..... Pflegegrad / Eingliederungshilfe:  ja  nein

Gesetzlich versichert  ja  nein privat versichert  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein Beihilfeberechtigt  ja  nein

ALLGEMEINE SITUATION – zutreffendes bitte ankreuzen –

- Bluthochdruck, Herzklappenentzündung, künstliche Herzklappe, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzpass/-bypass, Gerinnungsstörung, Nachbluten nach Operationen, Bisphosphonat-Einnahme, Osteoporose, Hepatitis, Tuberkulose, Immunschwäche, Krampfanfälle, Grüner Star, Schilddrüsenerkrankung, Gelenkerkrankung, Asthma, Zuckerkrankheit, 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?

Datum ..... Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter .....

BITTE WENDEN !