

ANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in unserer Praxis erleichtern.
Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus! Selbstverständlich unterliegen Ihre
Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

► PATIENTENDATEN:

Name/Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Versicherung: _____

Versicherter (*falls abweichend von Patient*): _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Private Zusatzversicherung: ja nein

Beruf: _____

Hausarzt: _____

überweisender Arzt/Zahnarzt: _____

► ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND:

<i>Leiden Sie an ...?</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Bypass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

► ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND:

<i>Leiden Sie an ...?</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfleiden/ Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenkersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____ Seit wann? _____
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? _____
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann? _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bisphosphonatmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis Welche? _____
			<input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Tuberkulose
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
sonstigen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antibiotika (z.B. Penicillin)
			<input type="checkbox"/> Metalle <input type="checkbox"/> Schmerzmittel
			<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

► SONSTIGES:

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (Marcumar, ASS, Clopidogrel/Plavix, Xarelto o.Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Nehmen Sie sonstige Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Letzte Röntgenbilder			Wann? _____

Ort, Datum

Unterschrift