

Anamnesebogen



Patient/-in

Vor- & Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße & Nr.: _____ Wohnort & PLZ: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Tarif bei PKV: Basistarif Nicht Basistarif Beihilfe
Überweisender Arzt/Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Versicherte Person (falls abweichend)

Vor- & Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße & Nr.: _____ Wohnort & PLZ: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stent od. Bypass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen (COPD, Asthma...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Erkrankungen, welche? _____

Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie Raucher ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Allergien ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	_____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	_____
Nehmen Sie Medikamente zum Knochenaufbau ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	_____
Nehmen Sie weitere Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	_____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

- Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit der obigen Angaben.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zur Kommunikation mit dieser Praxis genutzt wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder per E-Mail an mitbehandelnde Kollegen versendet werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/-in od. Sorgeberechtigte/-r)