



ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an und bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen mit zur Behandlung.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname des **Patienten**:

Geburtsdatum und -ort:

Name, Vorname des **Versicherten**:

Geburtsdatum und -ort:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-Mail (optional):

BESTÄTIGUNG DER ANGABEN

Ich bestätige, nachstehende Angaben zutreffend nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Außerdem habe ich die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters



GESUNDHEITSBEZOGENE ANGABEN

1. Befanden Sie sich innerhalb der letzten beiden Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte aktuelle Liste bereithalten. Ja Nein
3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? Ja Nein

5. Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Wenn ja, bei was? Ja Nein

7. Welche Allergie liegt bei Ihnen vor? Wenn ja, gegen was?

8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn Ja, welche? Ja Nein

- Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein
 - Lebererkrankungen? Ja Nein
 - Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja Nein
 - Blutdruckprobleme Ja Nein
 - Schlaganfall? Ja Nein
 - Nierenerkrankungen? Ja Nein
 - Diabetes? Ja Nein
 - Magen-Darmerkrankung? Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
 - Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
 - Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja Nein
 - Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
 - Erkrankungen des Nervensystems? Ja Nein
 - Epilepsie Ja Nein
 - Sonstige Erkrankungen? Wenn Ja, welche? Ja Nein
10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Wenn ja, in welchem Körperbereich? Ja Nein

11. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? In welchem Körperbereich?

12. **Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? Ja Nein
