

Anamnesebogen

Patient: Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Geb.-Ort:.....

Straße:..... PLZ/Wohnort:.....

Telefon:..... Email:.....

Krankenkasse:.....

Beruf:..... Arbeitgeber:.....

Versicherter-Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Hausarzt:..... Adresse + Tel.-Nr.:.....

Bitte beantworten sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand genau! (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Hoher Blutdruck:	ja	nein	Schilddrüsenerkrankung:	ja	nein
Niedriger Blutdruck:	ja	nein	Asthma/Lungenerkrank.:	ja	nein
Herzklappenfehler:	ja	nein	Diabetes:	ja	nein
Herzschrittmacher:	ja	nein	Rheuma/ Arthritis:	ja	nein
Endokarditis:	ja	nein	Nierenerkrankung:	ja	nein
Herz-Operationen:	ja	nein	Epilepsie:	ja	nein
Blutgerinnungsstörung:	ja	nein	Osteoporose:	ja	nein
Mukoviszidose-Erkrankung:	ja	nein	Neurologische Erkrankung:	ja	nein
Infektionskrankheit(z.B.MRSA):	ja	nein	Lebererkrankung/Hepatitis:	ja	nein
HIV-Infektion:	ja	nein	Tuberkulose:	ja	nein

Organtransplantiert / Stammzellen transplantiert: ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Strahlentherapie/ Chemotherapie bei Krebserkrankung: ja nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva: ja nein wenn ja, seit:

Nehmen Sie **Bisphosphonate** : ja nein wenn ja, seit:

Sonstige Erkrankungen, wenn ja welche :.....

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein:

bitte Rückseite auch ausfüllen, danke

Alkoholgenuss: ja nein wenn ja, wieviel:
Raucher(in): ja nein wenn ja, wieviel:
Drogenkonsum: ja nein wenn ja, wieviel:

Besteht eine Schwangerschaft: ja nein wenn ja, wievielte Woche:
Frühere Röntgenuntersuchung: ja nein wenn ja, wann:

Bestehen **Allergien/ Unverträglichkeiten**, wenn ja **welche**:

Möchten Sie von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden **-Recall-** : ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Ich verpflichte mich, Sie über alle auftretenden Veränderungen-während der laufenden Behandlung- zu informieren. Vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, werde ich mind. 24 Std vor Behandlungsbeginn absagen, sollten ich meine Termine ohne Mitteilung versäumen, können mir die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Anamnesebogen gelesen und verstanden habe.

Bensheim, den.....

.....

Unterschrift