

ANAMNESE – Gesundheitsfragebogen

Unser Team heißt Sie herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Sollten sich hierbei Fragen ergeben, wenden Sie sich jederzeit gerne an unser Team.

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: gesetzlich privat zusatzversichert

nur falls abweichend:

Versicherter: _____ Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Hausarzt / regelmäßige Prophylaxe:

Hausarzt: _____

Möchten Sie von uns an Kontrolltermine und Prophylaxe erinnert werden?

nein ja, per Telefon ja, per Email

Wie haben Sie von uns erfahren? persönliche Empfehlung social media

Internetseite Lage

Bitte auch die Rückseite beachten! ⇨

Medizinische Daten / Vorerkrankungen / Medikamente

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler oder -ersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt, Stent, Bypass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen oder Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzpass vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auf Endokarditis-Prophylaxe angewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis/Tbc/AIDS, o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glaukom / grüner Star / erhöhter Augeninnendruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwegserkrankungen z.B. Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
weitere Krankheiten Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sind Ihnen Arzneimittelunverträglichkeiten / Allergien bekannt? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Werden Ihnen gegenwärtig Medikamente verabreicht (Tabletten, Spritzen)? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Fragen vollständig und richtig ausgefüllt haben.

 Ort, Datum

 Unterschrift