



Anamnesebogen

Diese Informationen benötigen wir für eine optimale Behandlung. Bitte füllen Sie das Formular gründlich und gewissenhaft aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Angaben zur Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße/Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Krankenversicherung gesetzlich _____ privat _____

Zusatzversicherung _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:

Erkrankungen (Mehrfachnennungen möglich)

- Asthma, Lungenerkrankungen
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen (z.B.: Penicillin)
- Herzbeschwerden (z.B.: Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis B-C)
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle (Epilepsie)
- HIV positiv
- andere Erkrankungen _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente (z.B.: Ass 100, Marcumar, Xarelto, Heparin)?

Sonstige Medikamente _____

Rauchen Sie? Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? SSW _____

Datum _____ Unterschrift _____