

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Dieser Fragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anzupassen.

Vielen Dank.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: TT MM, JJJJ
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____
Pflegerstufe: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: TT MM, JJJJ
Geburtsort: _____
Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Eingliederungshilfe § 53 SGB XII

LEIDEN SIE UNTER:

- Bluthochdruck
- Bypass/Stent/Herzschrittmacher
- Herzinfarkt – wenn ja wann: TT MM, JJJJ
- Schlaganfall – wenn ja wann: TT MM, JJJJ
- Erkrankung der Herzklappen/Ersatz
- Blutgerinnungsstörungen
- Osteoporose
- Diabetes
- Epilepsie

- Immunschwäche (HIV/AIDS)
 - Immunsuppression
- Lebererkrankung (Gelbsucht/Hepatitis)
- Tuberkulose
- Tumorerkrankung
- Lungenerkrankung (Asthma/COPD)
- Nierenerkrankung
- Augenerkrankung (Glaukom – grüner Star)
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma

NEHMEN SIE FOLGENDE MEDIKAMENTE EIN?

- ASS
- FALITHROM
- PRADAXA
- BISPHOSPHONATE
- XARELTO
- ELIQUIS
- LIXIANA

weitere Medikamente/Medikamentenplan:

Gab es schon Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Spritzen? – Wenn ja welche:

Ich nehme keine Medikamente!

Rauchen Sie? – wenn ja Wieviel/Tag: _____

Schnarchen Sie?

Leiden Sie unter einer Allergie?

Nahrungsmittel

Pollen/Staub

Medikamente

Welche? _____

LEIDEN SIE UNTER:

Zahnfleischbluten

Tinnitus

Kiefergelenkbeschwerden

Sonstigem

**BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN IN IHREM EIGENEN INTERESSE.
VERSCHWIEGENHEIT UNSERERSEITS IST SELBSTVERSTÄNDLICH!**

Bitte teilen Sie uns jede Änderung bezüglich Ihrer Anschrift, Ihres Gesundheitszustandes und Ihre Medikation mit.

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder das Bedienen von Maschinen eingeschränkt sein kann.

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem.

Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, laut §§ 304, 615 BGB mit EUR 60,00 pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

TT, MM, JJJJ

Datum

Unterschrift

HINWEIS:

Sie können den Anamnesebogen gern elektronisch ausfüllen und über den Button „VERSENDEN“ direkt per Mail an uns zurückschicken. Nachdem Sie Ihre Unterschrift gesetzt haben, wird die Datei automatisch gesperrt und kann nicht mehr verändert werden. Speichern Sie daher das ausgefüllte Dokument unter einem neuen Namen, damit Ihnen das Original erhalten bleibt. Sollten Sie Ihre Unterschrift nicht digital einbinden können, dann besteht die Möglichkeit das Formular bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Praxis zu unterzeichnen.

