



Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Telefon: _____

Bitte angeben: Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif/Standardtarif

Private Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die genaue Kenntnis Ihres Gesundheitszustands ist für die Vermeidung von Risiken sowie für eine optimale Therapieplanung unerlässlich. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand deshalb vollständig und genau. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Bestehen Allgemeinerkrankungen? nein ja, folgende:

Bestehen Infektionskrankheiten? nein ja, folgende: Hepatitis C HIV Tuberkulose

Sonstige:

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? nein ja, folgende:

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, folgende:

Besteht bei Ihnen ein erhöhtes Blutungsrisiko? nein ja

Haben/hatten Sie Herz(klappen)Fehler, künstliche Herzklappen, eine Herz-OP, einen Herzschrittmacher, Endokarditis?

nein ja, _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten oder mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum/Unterschrift _____