

Anamnesebogen Seite 1

(Name)	(Vorname)	(Geb.Datum)
(Strasse/Nr)	(PLZ/Ort)	(Beruf/Arbeitgeber)
(Telefon)	(Handy)	(eMail)
(Krankenkasse)	(Zusatzversicherung)	(Beihilfe)
(Hauptversicherter – Anschrift – Geb.Datum)		
(Hausarzt – Anschrift – Telefon)		

Für eine optimale Behandlung beantworten Sie uns bitte einige Fragen bezüglich Ihrer Krankengeschichte.

	Ja	Nein			
Medikamenten- einnahme? Welche?					
Medikamenten- allergie? Welche?					
Allergien? Welche? Allergiepass?					
			Ja	Nein	
Herzerkrankung?			Bluterkrankung?		
Herzklappenersatz?			Gerinnungsstörung?		
Herzfehler?			Schilddrüsenerkrankung?		
Herzoperation?			Nervenerkrankung?		
Herzpass?			Niedriger Blutdruck?		
Herzinfarkt?			Hoher Blutdruck?		

Bitte wenden!

Anamnesebogen Seite 2

	Ja	Nein		Ja	Nein
Endocarditis?			Immunschwäche (HIV)?		
Diabetes (Zucker)?			Lebererkrankungen (Hepatitis)?		
Nierenerkrankung?			Anfallsleiden (Epilepsie)?		
Rheuma?			Magen-Darmerkrankungen?		
Lungenerkrankung?			Asthma?		
Knochenerkrankung (Osteoporose)?			Tumorerkrankungen?		
Besteht eine Schwangerschaft?			Wenn Ja, welcher Monat?		
Sind in ärztlicher Behandlung?			Wenn Ja, bei welchem Arzt?		
Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen, wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?					

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice für Ihre nächste Routineuntersuchung an. Dafür bitten wir Sie, die für Sie beste Erinnerungsmethode anzukreuzen und die jeweiligen Informationen auf der Rückseite nochmals zu überprüfen (Telefonnummer / eMail-Adresse / Handynummer / aktuelle Adresse).
Erinnerung via: **Anruf** **eMail** **SMS** **Postkarte** **keine Erinnerung**.

Vielen Dank für Ihre Mühen.

Hannover, _____
(Datum) (Ihre Unterschrift)