

ANAMNESEBOGEN

Patient

Name geborene Vorname Geburtsdatum

Mitglied

Name geborene Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Postleitzahl Ort Straße

e-mail Handy Telefon

Krankenkasse

Beihilfeberechtigt /Beruf

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:
 Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie der aktuellen Datenschutzgrundverordnung. Ihre Daten werden elektronisch gespeichert.

	ja	nein
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandelnder Arzt (oder Hausarzt)? <input type="text"/>		
Nehmen Sie ständig Medikamente, wenn ja, welche? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht z.Zt. Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus und warum? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?		
ja nein		
Herzschrittmacher <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Kreislaufkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Herzkrankheit <input type="radio"/> <input type="radio"/>		(Blutdruck zu hoch / zu niedrig)
Herzklappenfehler/ersatz <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Augenerkrankungen <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Lebererkrankung z.B. Hepatitis <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Allergie <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Erkrankungen des Bewegungsapparates <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Osteoporose <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Lungenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Nierenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nervenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung oder sonst. Bluterkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Magen-Darmerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Immunsuppression (Aids) <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Tumorerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Behandlung mit Bisphosphonaten <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Körpergewicht <input type="text"/> kg

Ich verpflichte mich während der Behandlung auftretende Veränderungen im Gesundheitszustand unaufgefordert mitzuteilen.

Durch eine Lokalanästhesie (Spritze) wird die Verkehrstüchtigkeit für 2-3 Std. herabgesetzt.
Außerdem weisen wir darauf hin, dass mögliche Nervschädigungen oder Spritzenhämatome nicht auszuschließen sind.

Datum Unterschrift