



ANAMNESEBOGEN

Patient: Name, Vorname Geburtsdatum:

Name, Vorname des Versicherten Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel. privat: Handy:

E-Mail-Adresse:

Ausgeübte Tätigkeit: Arbeitgeber:

Tel. dienstlich:

Krankenkasse/Privatversichert: Ich bin beihilfeberechtigt

Aktueller Hausarzt:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Behandlungen?

Herz

- Herzinsuffizienz
- Herzklappenfehler
- Zustand nach Infarkt, wenn ja, wann?
.....
- Rhythmus Störungen
- Bypass Operation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher
- Andere, hier nicht aufgeführte
- Herzerkrankungen? Welche?
.....
- Nehmen Sie für die Erkrankung Medikamente? Welche?
.....
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente
(ASS, Marcumar, Xeratlo, etc.) Welche?

Kreislauf

- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Schlaganfall, wenn ja, wann?
- Nehmen Sie für die Erkrankung
- Medikamente? Welche?
.....

Atemwegserkrankungen/Lunge

- Asthma
- Bronchitis:
Akut? Chronisch?
- Nehmen Sie hier für Medikamente?
.....

Leber

- Leberinsuffizienz
- Hepatitis, wenn ja? Welche?
- Nehmen Sie hier für Medikamente?
.....

Nieren

- Niereninsuffizienz
- Dialyse
- Andere Nierenerkrankungen? Welche?
.....
- Nehmen Sie hier für Medikamente?
.....

Infektionserkrankungen

- HIV/ADIS
- Andere Infektionskrankheiten? Welche?
.....

BITTE WENDEN



Organverpflanzungen

- Wenn ja? Was?
- Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe?

.....

Bewegungsapparat

- Rheuma
- Gicht
- Arthrose
- Osteoporose
- Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Welche?

.....

- Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente? Welche?

.....

Künstliche Gelenke

- Wenn ja? Wo?
- Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe?

.....

Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle
- Nervenentzündung
- psychiatrische Erkrankungen
- Parkinson
- Multiple Sklerose (MS)
- Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente? Welche?

.....

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes/Zuckerkrankheit
- Erkrankung der Schilddrüse
- Nehmen Sie hier für Medikamente?

.....

Andere Erkrankungen

- Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)
Wo? Wann?

- Haben Sie hier nicht aufgeführte Erkrankungen?
.....
.....
.....
.....

Sonstige medizinische wichtige Informationen

- Nehmen Sie regelmäßig Nikotin, Alkohol, oder Drogen zu sich? Welche?
.....
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Welche?
.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

- Ja Nein

- Sind Sie z. Zt. schwanger?
In welchem Monat?
Geburtstermin?

- Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?
Wenn ja, wo?
.....

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

- Ja Nein

Haus- oder Facharzt

- Sind Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung? Wenn ja, wer ist Ihr behandelnder Haus- oder Facharzt?

.....

Ort/Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben.

Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis!

