

Anamnesebogen

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 Straße, Hausnr.: _____ PLZ und Ort: _____
 Tel. (mobil): _____ E-Mail: _____
 Hausarzt: _____

Geschlecht (w/m/d): _____ Größe und Gewicht: _____
 Treiben Sie Sport? Ja Nein Welchen Sport? _____
 Rauchen Sie? Ja Nein Alkoholkonsum? Gelegentlich Häufig
 Sind Sie Schwanger? Ja Nein Letzte Röntgenuntersuchung: _____
 Geimpft gegen Tetanus? Ja Nein
 Nehmen Sie gegenwärtig Blutverdünner, Diabetesmedikamente oder Immunsuppressiva ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
 Nehmen Sie gegenwärtig andere Medikamente ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
 Operationen/ Unfälle? _____
 Allergien? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzerkrankungen
 Lebererkrankung Nierenerkrankungen Diabetes Krebserkrankungen
 Bandscheibenvorfall Knie- und Hüftarthrose Rheuma Osteoporose
 Darmerkrankungen Magenerkrankungen Krampfleiden Augenerkrankungen
 Blutungsstörungen Chronische Entzündungskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
 Krebserkrankungen Lungenerkrankungen (Asthma, Bronchitis, COPD)
 Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen)

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- Allergien Thrombose Diabetes Krebserkrankungen
 Knie- und Hüftarthrose Rheuma Osteoporose

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne informieren wir Sie, welche Daten zu welchem Zweck in unserer Praxis erhoben, gespeichert oder verarbeitet werden. Weiterführende Informationen erhalten Sie in unserer Praxis-Webseite und gerne auch in der Praxis.

Datum

Unterschrift