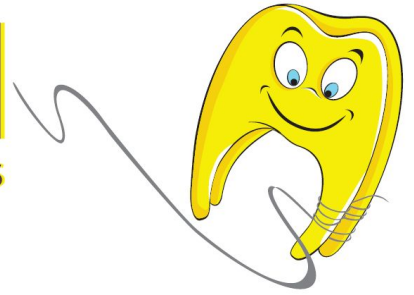


ANAMNESEBOGEN



Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

Versicherter (falls abweichend vom Patienten)

- Gesetzlich versichert
 Zusatzversicherung

- Privat versichert

Allgemeine Anamnese

Herz-/Kreislaufkrankungen

- ja nein

Atemwegserkrankungen

- ja nein

Infektionskrankheiten

- ja nein

Erkrankungen am Knochen/Skelettsystem

- ja nein

Allergien

- ja nein

Sonstige Erkrankungen

- ja nein

Herzfehler

Künstliche Herzklappe

Asthma

Atemnot

HIV

TBC

MRSA

HEP A/B/C

Osteoporose

Rheuma

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünnende Mittel

- ja nein

Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate)

- ja nein

Sonstige Medikamente

- ja nein

ASS

Marcumar

Xarelto, Plavix

Rauchen Sie?

- ja nein

Sind Sie schwanger?

- ja nein

Einverständnis zu Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

- ja nein

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.

Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift