

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Zur Vervollständigung bzw. Aktualisierung Ihrer Daten bitten wir Sie darum, die folgenden Fragen zu beantworten.

Daten zu Ihrer Person

..... Name	..... Vorname
..... Geburtsdatum	..... Beruf/Tätigkeit
..... Straße	..... Wohnort
..... Telefon privat	..... Telefon Arbeit
..... E-Mail	
..... Krankenversicherung/Zusatzversicherung	

Erkrankungen und Operationen

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend genannten Erkrankungen, hatten Sie Operationen?

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamenten-Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Auf welches Medikament?	.....
Magengeschwür	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann?	.....
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A / B / C / HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann?	.....
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche Körperregion?	.....
Nehmen Sie ein Medikament zur Blutverdünnung?					
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welches?	.....
Operationen					
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....

Sonstiges

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung durch die Praxis zu.

..... Speyer, den (Datum) Unterschrift
------------------------------	-----------------------