



ZU IHRER PERSON

| | | |
|---------------------|--------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| _____ | _____ | _____ |
| Straße | PLZ | Wohnort |
| _____ | _____ | _____ |
| E-Mail | Telefon | Mobil |
| _____ | _____ | _____ |
| Krankenkasse | Versicherung | Zusatzversicherung |
| _____ | _____ | _____ |
| Beihilfeberechtigt? | Beruf | Arbeitgeber |

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

| | | |
|-------|---------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |

WER IST IHR HAUSARZT?

| | | |
|-------|---------|---------|
| _____ | _____ | _____ |
| Name | PLZ/Ort | Telefon |

ZU IHRER GESUNDHEIT

| | Ja | Nein | Anmerkung |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzerkrankungen? z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lebererkrankungen? z.B. Leberverhärtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lungen- oder Atemwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kreislauf- und Gefäßleiden? Durchblutungsstörungen, hoher od. niedriger Blutdruck, Thrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nierenerkrankungen? z.B. Steine, Nierenentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

*Aufgrund der DSGVO ist eine digitale Bearbeitung des Anamnesebogens nicht möglich.

ZU IHRER GESUNDHEIT

| | Ja | Nein | Anmerkung |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Stoffwechselerkrankungen? z.B. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen? z.B. Kropf, Über- / Unterfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Neurologische Erkrankungen? z.B. Lähmungen, Epilepsie, Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Gemütsleiden? z.B. Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nehmen Sie Antidepressiva? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Infektionskrankheiten? z.B. Hepatitis, HIV, MRSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Muskelerkrankungen z.B. Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Plavix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bisphosphonate? z.B. Zometa, Fosamax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Blutdrucksenkende Medikamente? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstige Medikamente? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie Osteoporose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hatten oder haben Sie Tumore? Wenn ja, wo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Für Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche? Entbindungsdatum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Haben Sie eine Organ- transplantation erhalten? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hatten Sie Unfälle, Stürze Operationen? Wann und welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

| | Ja | Nein | Anmerkung |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Wünschen Sie, von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | <input type="checkbox"/> | Empfehlung | <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstige |
| Sonstige Wünsche und Anmerkungen | _____ | | |

Ort, Datum, Unterschrift