



Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Mitglied/Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____

 Straße/Nr. _____ E-Mail _____

 Telefon _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz			Augen		
Zustand nach Herzinfarkt	L	J L J	Grauer Star/Katarakt	L	J L J
Herzinsuffizienz	L	J L J	Grüner Star/Glaukom	L	J L J
Muskelentzündung	L	J L J			
Rhythmusstörungen	L	J L J	Atmungswege/Lunge		
Bypassoperation	L	J L J	Asthma	L	J L J
Herzklappenersatz	L	J L J	Bronchitis	L	J L J
Schrittmacher	L	J L J			
Sonstiges:			Magen-Darm-Trakt		
			Magenerkrankung	L	J L J
			Darmerkrankung	L	J L J
Kreislauf					
Hoher Blutdruck	L	J L J	Blase/Nieren		
Niedriger Blutdruck	L	J L J	Blasenerkrankung	L	J L J
Durchblutungsstörungen	L	J L J	Nierenerkrankung	L	J L J
Schlaganfall	L	J L J	Dialyse	L	J L J
Blut			Leber		
Blutarmut	L	J L J	Gelbsucht	L	J L J
Bluter	L	J L J	Hepatitis	L	J L J
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein, wenn ja, welche?	L	J L J			



