



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

Bitte wenden!



