

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig! Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherte/r, Krankenversicherung	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wohnanschrift	Geburtsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	Mobilnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hausärztin /-arzt	Hauszahnärztin /-arzt	<input type="text"/>
		Kieferorthopädin /-e

Leiden Sie an...

	ja	nein	
... Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Herzschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Herzklappenersatz, Herzklappenfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
... Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Nierenerkrankung, Dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Magen-, Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Hepatitis B, Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
... HIV positiv, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Osteoporose, Bisphosphonattherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____ seit wann? _____
... Bestrahlungstherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann? _____
... Chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann? _____
... Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
... Gelenkersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Glaukom (Grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Krampfanfälle, Epilepsie, Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wieviel? _____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche Woche? _____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
Nehmen Sie Marmumar, ASS, Plavix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift