

ANAMNESE



*„Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,*

*für unsere Behandlung
können überstandene und
aktuelle Erkrankungen von
Bedeutung sein.*

*Daher bitten wir Sie die
rechts stehenden Fragen
in Ruhe zu beantworten.*

*Sollten Unklarheiten
auftreten, wenden Sie sich
bitte an uns.“*

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja Warum? _____

Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung
(Hepatitis, HIV, etc.)?

Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein
(Medikamenten-Pass)?

Nein Ja Welche? _____

Haben Sie Allergien (Allergie-Pass)?

Nein Ja Welche? _____

Leiden Sie an einer Herz- oder Kreislaufkrankung?

Nein Ja Welche? _____

Hatten Sie einen Schlaganfall?

Nein Ja Wann? _____

Haben Sie eine künstliche Herzklappe oder eine
Endoprothese (z.B. Knie-/Hüftprothese)?

Nein Ja Von wann? _____

Bitte beachten Sie die Rückseite.

*„Da wir übermäßige
Wartezeiten vermeiden
möchten, sind wir bemüht
die Termine möglichst ge-
nau für Sie zu planen. Soll-
ten Sie Ihren geplanten
Termin nicht wahrnehmen
können,
bitten wir Sie uns
spätestens 24 Stunden
vorher darüber zu
informieren.
Da es bei nicht abgesagten
Terminen zu Ausfallzeiten
in der Behandlung kommt,
erheben wir bei
wiederholtem Vorkommen
eine
Ausfallentschädigung von
20 €, die wir Ihnen in
Rechnung stellen.“*

Leiden Sie an Asthma?

Nein Ja

Haben Sie Diabetes?

Nein Ja

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Nein Ja Welche? _____

Besteht eine Nervenerkrankung
(Depression, Epilepsie, Parkinson, etc.)?

Nein Ja Welche? _____

Rauchen Sie?

Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die
Richtigkeit meiner Angaben.

Datum / Unterschrift