

Anamnesebogen

weiblich männlich divers

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Nachname, Vorname (Patient)

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter)

Beruf

E-Mail

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (privat / mobil)

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Krankenkasse / Versicherung:

Gesetzlich versichert Private Zusatzversicherung / Privat versichert

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Allgemeine Angaben:

Raucher (*auch elektrisch*) Ja Nein

Wenn ja, 0 - 10 / über 10 Zigaretten am Tag

Pflegegrad (§ 15 SGB XI) Ja Nein

Welcher Pflegegrad? _____

Befristung Ja Nein

Fristablauf: _____

Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) Ja Nein

Fristablauf: _____

Schwangerschaft Ja Nein

Welcher Monat? _____

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein

Welcher Körperteil und wann?

Regelmäßige Medikamente Ja Nein

Name:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

