



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Wenn sich Angaben auf dem Anmeldebogen ändern, sollten Sie uns dies bitte bei Ihrem nächsten Besuch mitteilen.

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsort und -datum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon, privat	Telefon, mobil
E-Mail	Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Dürfen wir Sie halbjährlich per Postkarte an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja Nein

Versicherung/Krankenkasse: _____

- Gesetzlich versichert Zusatzversicherung
 Privat versichert Beihilfe Basistarif

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Name und Anschrift des Hausarztes _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Bitte wenden

1) Haben Sie Allergien (Antibiotika-/Jod-/Latexallergie etc.) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

2) Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? _____

In welchem Körperbereich? _____

3) Rauchen Sie, wenn ja wie viel _____ Ja Nein

4) Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

5) Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja, _____ SSW Nein

6) Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? Ja Nein

• Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV/AIDS).....

• Herzerkrankungen (Schrittmacher, Herzklappenerkrankung, Infarkt etc.)?

Wenn ja, welche und wann? _____

• Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?.....

• Zu niedriger Blutdruck?.....

• Zu hoher Blutdruck?.....

• Schlaganfall?.....

• Haben Sie ein künstliches Gelenk?.....

• Lebererkrankungen?

• Nierenerkrankungen?

• Diabetes?

• Schilddrüsenerkrankungen?

• Nervenerkrankungen?

• Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?

• Erhöhter Augendruck? (grüner Star etc.).....

• Tumorerkrankungen/Krebs?

• Lungenerkrankungen (COPD, Asthma etc.)?

• Rheuma?

• Haben Sie Depressionen?

• Prostataerkrankungen?

• Haben Sie Osteoporose?

• Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate ein?

• Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?

Wenn ja, in welchem Körperbereich? _____

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer vorausgegangenen Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Würzburg, den _____

Unterschrift _____