

**Dr. Daniela Schramm und Dr. Thiemo Schramm**

Schilfweg 5 - 70599 Stuttgart  
Telefon: 0711-454887 - Telefax: 0711-16221083

**Anamnesebogen**

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,  
für die Vervollständigung unserer Dokumentation bitte wir sie folgende Angaben zu machen, vielen Dank.

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Adresse: .....  
Tel. Privat\*: .....  
e-mail\*: .....  
Tel. gesch.\*: .....

**Wenn Sie privat versichert sind:**  
haben sie Basis- bzw. Standardtarif?  ja  nein  
**Möchten sie an Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?**  
 ja  nein  
**wenn ja:**  per email  per Post  per Telefon  
**Wie oft?:**  jährlich  halbjährlich

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" finden sie im Aushang im Wartezimmer.

Hausarzt/Anschrift:.....

**Allergien/Überempfindlichkeiten**

Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Metalle  ja  nein  
andere:.....  
haben sie einen Allergiepasp?  ja  nein  
  
Gelenkersatz  ja  nein  
Organtransplantiert  ja  nein  
Stammzelltransplantiert  ja  nein

**Herz-Kreislauf:**

hoher Blutdruck  ja  nein  
niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herz-OP  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzprobleme  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
andere Herzprobleme.....

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionen (z.B. MRSA)  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob (CJK)  ja  nein

Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Augeninnendruck erhöht?  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein

Sonstiges:.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

Bisposphonate?  ja  nein hoch dosierte Steroide/ Immunsuppressiva?  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja  nein, wenn ja, in welcher Woche? ..... Woche

Sind Sie Raucher?  ja  nein, wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? ..... Zigaretten/Zigarren

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

.....

\* freiwillige Angaben

(Unterschrift Patient)