



Anamnesebogen

Datum _____

Liebe(r) Patient/in,

gerne möchten wir auch weiterhin kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Bitte überprüfen Sie die unten stehenden Angaben und ergänzen oder verändern Sie diese bei Bedarf. Danke.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Privat:

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

Tel. Arbeitsplatz:

Krankenkasse:

pflichtversichert: ja/nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:

ZE-Zusatzversicherung

Adresse:

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen

Dienstes? ja/nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen/blutverdünnende Medikamente (ASS, Macumar)? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie hohen/niedrigen Blutdruck? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben Sie eine Lebererkrankung (Hepatitis)? ja nein

Haben Sie Diabetes? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne/Rheuma/Tuberkulose? ja nein

Haben Sie einen veränderten Augeninnendruck? ja nein

Woche

Leiden Sie unter Epilepsie und/oder Anfallsleiden? ja nein

Wieviele Zigaretten täglich?

Haben Sie Asthma? ja nein

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

Sind Sie Raucher? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Stuttgart, den _____