



Anamnesebogen

Patient/-in		Versicherte/-r, falls abweichend	
Titel, Name		Titel, Name	
Vorname		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D	Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Geburtsdatum/-ort		Geburtsdatum/-ort	
Telefon privat		Telefon privat	
Telefon geschäftlich		Telefon geschäftlich	
Telefon mobil		Telefon mobil	
E-Mail		E-Mail	
Beruf		Beruf	
Arbeitgeber		Arbeitgeber	
Krankenkasse		Krankenkasse	
Versicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	
<i>Name, Vorname, Adresse</i>			
Hausarzt		Pflegegrad vorhanden?	
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____	
<i>Name, Vorname, Adresse</i>			
Betreuer vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		

Sollten Sie von Ihrem Hausarzt eine Medikamentenliste erhalten haben, lassen Sie uns diese bitte zukommen.

			Raum für Notizen
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Haben Sie Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Haben Sie Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) oder künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Haben Sie künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV (AIDS), TBC u. dgl.?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	



Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Besteht ein Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Augenerkrankungen (z. B. Glaukom, Grauer Star, Grüner Star etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Haben Sie rheumatische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, COPD u. dgl.)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Magen-, Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Leber-, Schilddrüsen- oder Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel / Tag?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:	
<u>Bei Frauen:</u> Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Ja	
Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenbilder erstellt?			

Möchten Sie von uns an Vorsorgetermine erinnert werden? Ja Nein

Wir nehmen uns Zeit für Ihre Behandlung und haben deshalb ein Bestellsystem, um Ihnen Wartezeiten zu ersparen. **Wir bitten Sie daher, uns rechtzeitig (spätestens 24 Std. vor dem Termin) zu informieren, fall Sie Termine vorhersehbarer Weise nicht wahrnehmen können.**

Erklärung:

Ich bestätige, dass alle angegeben Daten der Wahrheit entsprechen und ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Schweinfurt, Datum

X _____
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter