

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig!

(Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht)

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____
Wohnanschrift: _____ Tel.Nr.: _____
Versicherte/r, Krankenversicherung: _____ Basistarif
Hausärztin/-arzt: _____ E-Mail-Adresse: _____
Zahnärztin/-arzt: _____ Handynummer: _____
Kieferorthopädin/-e: _____

Bluthochdruck	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Herzklappenersatz, Herzklappenfehler	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe notwendig	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung, Dialyse	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Diabetes	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Osteoporose, Bisphosphonattherapie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Gelenkersatz	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Glaukom (grüner Star)	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle, Epilepsie, Depression	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Rheuma	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Allergien	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Hepatitis B, Hepatitis C	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Krebserkrankung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____ seit wann? _____			
Bestrahlungstherapie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wann?	_____			
Chemotherapie	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wann?	_____			
Blutgerinnungsstörung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Nehmen Sie Drogen?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche?	_____			
Rauchen Sie?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>					
Sind Sie schwanger?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welche Woche?	_____			
Nehmen Sie Medikamente?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>					

Welche?

Nehmen Sie Markumar, ASS, Plavix? nein ja

HIV positiv, AIDS nein ja

Ich wünsche eine telefonische Erinnerung an den OP-Termin und bin mit dem Erinnerungsservice für Nachsorgetermine einverstanden

Im Falle einer Verhinderung versichere ich meinen OP-Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen

Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten im Falle von feingeweblichen Untersuchungen an eine Praxis für Pathologie einverstanden

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und bin damit einverstanden

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann

Ort, Datum

Unterschrift