



## ANMELDE- und ANAMNESEBOGEN

PATIENT / NAME ..... VORNAME ..... geb. ....

VERSICHERTER/ NAME ..... VORNAME ..... geb. ....

ANSCHRIFT / Straße..... PLZ ..... Ort .....

Tel. .... Mobil ..... E-Mail .....

BERUF ..... ARBEITGEBER ..... Tel. ....

KRANKENKASSE ..... PRIVATVERSICHERUNG .....

Name und Telefonnummer Ihres Hausarztes: .....

### 1. KRANKENGESCHICHTE / ANAMNESE Welche Krankheiten lagen/liegen bei Ihnen vor?

**Herzerkrankungen:** Herzschwäche (Insuffizienz) ..... ja  nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ..... ja  nein

Herzasthma, Angina pectoris ..... ja  nein

Herzschrittmacher ..... ja  nein

Herzoperation, Herzklappenersatz ..... ja  nein

Besitzen Sie einen Herzpass? ..... ja  nein

**Kreislaufkrankungen:** zu hoher Blutdruck  zu niedriger Blutdruck

Herzinfarkt, wann? ..... ja  nein

Ohnmachtsanfälle ..... ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes) ..... ja  nein

Magen- Darm- Erkrankung ..... ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen ..... ja  nein

Knochenstoffwechselstörung, Osteoporose ..... ja  nein

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung (Hepatitis A/B/C/E) ..... ja  nein

HIV – positiv, AIDS ..... ja  nein

Tuberkulose ..... ja  nein

Sonstige (Malaria, Syphilis, Typhus) ..... ja  nein

**Nervensystem:** epileptiforme Anfälle, Krämpfe ..... ja  nein

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigungen (Hämophilie, Willebrand) ..... ja  nein

Leukämie ..... ja  nein

- bitte wenden und Rückseite ausfüllen -

- Allergien:** besitzen Sie einen Allergiepass? ..... ja  nein   
 Penicillin-Überempfindlichkeit ..... ja  nein   
 Überempfindlichkeit gegen .....
- Asthma, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung ..... ja  nein
- Tumorerkrankungen:** Haben/hatten Sie eine Krebserkrankung?..... ja  nein   
 Welche? ..... wann? .....
- Welche Therapie? Chemo  Bestrahlung  Operation
- Immunsystem:** besteht eine Immunsuppression? (z.B. Transplantation) ... ja  nein
- Sonstige Erkrankungen:** .....

## 2. MEDIKAMENTE

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ..... ja  nein   
 Falls, ja welche? .....
- Einnahme gerinnungshemmender/blutverdünnender Medikamente ..... ja  nein   
 Falls, ja welche? .....
- Nehmen Sie Medikamente (sog. Bisphosphonate) gegen Osteoporose/Brustkrebs/Prostatakrebs/Knochenkrebs?  
 Falls, ja welche? ..... Tabletten  Infusionen
- Bitte auch frühere Einnahme/Therapie mit diesen Bisphosphonaten eintragen. Äußerst wichtig!

## 3. WEITERE ANGABEN

- Sind Sie pflegebedürftig und haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja welche? ..... ja  nein   
 Beträgt Ihr Körpergewicht mehr als 130kg? (Sicherheitstechnische Frage) ..... ja  nein   
 Sind oder waren Sie drogenabhängig? ..... ja  nein   
 Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft bestehen? ..... ja  nein

## 4. DATENSCHUTZVERORUNG

Die Hinweise zur Datenverarbeitung in der Praxis gemäß DS-GWO konnte ich einsehen.  
 Alle Ihre zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Sicherheit Ihrer Behandlung.

Cham, den ..... Unterschrift Patient .....