



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