Anamnesebogen

PRAXIS AM KURECK

Da vorhandene Erkrankungen Auswirkungen auf die ärztliche Therapie haben, bitten wir Sie, um sorgfältige Ausfüllung dieses Bogens.Er wir Ihrer Karteikarte beigefügt. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient

Name | Vorname | Geburtsdatum

Versicherter

Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse

Anschrift

Postleitzahl | Ort | Straße | Tel. + Fax.Nr.

Beruf

Arbeitgeber | Tel. + Fax.Nr.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte ergänzende Angaben eintragen
1. Allergie	☐	☐	
2. Atemwegserkrankunen (welche)	☐	☐	Ad
3. Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	AB
4. Diabetes (welcher Typ)	☐	☐	AB Ad
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐	
6. Gelenkendoprothesen	☐	☐	
7. Glaukom (erhöhter Augendruck)	☐	☐	Ad
8. Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	Ad
9. Herz-Kreislauferkrankungen	☐	☐	
9.1. Herzinsuffizienz/-schwäche	☐	☐	Ad
9.2. Angina pectoris	☐	☐	Ad
9.2. Herzinfarkt	☐	☐	Ad
9.3. Herzrhythmusstörungen	☐	☐	
9.4. Herzschrittmacher	☐	☐	AB
9.5. Herzklappenerkrankung	☐	☐	Ad
9.6. erhöhter Blutdruck	☐	☐	
9.7. verminderter Blutdruck	☐	☐	Ad
9.8. Druchblutungsstörungen	☐	☐	Ad
10. Infektionskrankheiten (welche)	☐	☐	AB
10.1. Hepatitis	☐	☐	
10.2. Immunmangel-Syndr.(AIDS)	☐	☐	
11. Lebererkrankungen	☐	☐	
12. Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
13. Nierenerkrankungen	☐	☐	
14. Osteoporose	☐	☐	
15. Rheumaerkrankungen	☐	☐	AB
16. Tumorerkrankungen	☐	☐	AB
Weitere Fragen	☐	☐	
Frühere Operationen? (welche)	☐	☐	
17. Besteht eine Schwangerschaft	☐	☐	Ad
19. Medikamente? (welche)	☐	☐	AB Ad
Möchten Sie an Zahnreinigungstermine erinnert werden?	☐	☐	
empfohlen durch:			
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	☐	☐	
Name des Hausarztes:			

Datum Unterschrift