



ANAMNESEBOGEN ALLGEMEIN

Name, Geburtsdatum

Patientennummer

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir Sie besser beraten und betreuen können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und an der Rezeption abzugeben. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Anschrift:

.....

.....

Krankenkasse:

.....

Telefon:

Fax:

Mobil:

Beruflich:

E-Mail:

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

.....

.....

.....

Bitte berücksichtigen Sie, dass wir es uns vorbehalten, Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine (idealerweise 24 Stunden vorher) ggf. in Rechnung zu stellen.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name:

.....

Name:

.....

Soziale Daten

Beruf:

.....

.....

Leben Sie allein oder in einer Beziehung?

.....

.....

Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

.....

Weitere behandelnde Ärzte

Dr.

Dr.

MEDIZINISCHE DATEN

bereits bekannte chronische (Dauer-) Diagnosen

z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie, KHK usw.

.....

.....

.....

Vorerkrankungen

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte genaue Angaben, z. B. seit wann die Erkrankung besteht.

Angina pectoris / Koronare Herzkrankheit ☐ ja ☐ nein

.....

.....

.....

Thrombose
☐ ja ☐ nein

Herzinfarkt

☐ ja ☐ nein

.....

.....

Herzrhythmusstörungen

☐ ja ☐ nein

.....

.....

Durchblutungsstörungen im Kopf, z. B. Schlaganfall

☐ ja ☐ nein

.....

.....

Durchblutungsstörungen in den Beinen, z. B. Schaufensterkrankheit (pAVK)

☐ ja ☐ nein

.....

.....

Bluthochdruck

☐ ja ☐ nein

.....

.....

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

☐ ja ☐ nein

.....

.....

Erhöhte Blutfette

☐ ja ☐ nein

.....