

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

1. Allgemeine Angaben

Körpergewicht in kg:	<input type="text"/>	Körpergröße in cm:	<input type="text"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, wieviele pro Tag?	<input type="text"/> seit: <input type="text"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Mengenangabe pro Tag:	<input type="text"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, welcher Monat?	<input type="text"/>
Implantate (Gelenkersatz, Schrittmacher)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

2. Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Bitte genauer beschreiben, wenn bekannt

Lokale Betäubungs- oder Narkosemittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Röntgenkontrastmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nahrungsmittel (z.B. Soja, Erdnüsse, Laktose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Andere (z.B. Nickel, Latex, Pflaster)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

3. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig/zur Zeit?
(z.B. Marcumar®, Xarelto®, Pradaxa®, ASS®, Plavix®, Iscover®, Pille, Bluthochdruckmittel, Asthma, Diabetes, etc.)

Namen:

Fortsetzung siehe Rückseite

Stand: 04.2021

4. Erkrankungen

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	HIV-positiv (Aids)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angina pectoris/Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tuberkulose (Tbc)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Erhöhter/erniedrigter Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Psychische Erkrankung (z.B. Depression)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Atemnot bei Anstrengung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma-/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Krebserkrankungen in der Blutsverwandtschaft	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schlaganfall/Arterienverschluß	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutungsneigung (blaue Flecken, Nasenbluten)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Anmerkungen: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Thrombosen/Embolien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Hepatitis B o. C	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

5. Operationen

Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Anmerkungen: <hr/> <hr/> <hr/>
Komplikationen nach Operationen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wurden Sie schon endoskopiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

6. Familie und Beruf (Angaben freiwillig)

Familienstand: _____ Kinder ja nein

Telefon nächste/r Angehörige/r (im Notfall zu verständigen): _____

Aktuelle/letzte berufliche Tätigkeit: _____

Ist eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung vorhanden? ja nein

7. Aktuelle Beschwerden? Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre Beschwerden:

Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt/Ärztin