

## Anamnesebogen

### 1.) Patient

Männlich    Weiblich    Divers

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### 2.) Versicherter (falls abweichend vom Patienten)

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

### 3.) Versicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt    Basistarif

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich pflichtversichert

Gesetzlich freiwillig versichert

Haben Sie einen **Pflegegrad**?

Ja    Nein

Falls ja, welchen:

1    2    3    4    5

### 4.) Hausarzt:

\_\_\_\_\_

**Facharzt**, falls vorhanden (z.B. Kardiologe):

\_\_\_\_\_

### 5.) Allgemeine Anamnese

Herz- und Kreislauferkrankungen

Ja    Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Ja    Nein

Chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma

Ja    Nein

Nervenerkrankungen

Ja    Nein

Epilepsie

Ja    Nein

Nierenerkrankung

Ja    Nein

Lebererkrankung

Ja    Nein

Magen-Darm-Erkrankung

Ja    Nein

Tumorerkrankung / Chemotherapie

Ja    Nein

Grüner Star (Glaukom)

Ja    Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja    Nein

Sonstige? Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_

## 6.) Infektionskrankheiten

- Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit?  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein
- HIV-Infektions, AIDS  Ja  Nein
- Tuberkulose  Ja  Nein
- Krankenhauskeime (z.B. MRSA)  Ja  Nein
- Creutzfeldt-Jakob (CJK) / Varianten  Ja  Nein
- Sonstige? Falls ja, welche: \_\_\_\_\_
- 

## 7.) Medikamente

- Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein
- Haben Sie einen Medikamentenplan?  Ja  Nein
- Blutverdünner?  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Blutdruckmedikamente?  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Herzmedikamente?  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Schmerzmittel?  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Antidepressiva?  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Bisphosphonate?  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## 8.) Weitere gesundheitliche Angaben

- Haben Sie Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Latex, Werkstoffe oder Ähnliches)?  Ja  Nein  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?  Ja  Nein  
Falls ja, welche Substanzen? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wann? \_\_\_\_\_
- Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  
Falls ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der Speicherung und Weiterverarbeitung mitbehandelnder Ärzte und Labore einverstanden. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_