

Anamnesebogen

1.) Patient

Vorname: _____

Nachname: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

2.) Versicherter (falls abweichend vom Patienten)

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Handynummer: _____

Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen **Pflegegrad**? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welchen: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3.) Hausarzt:

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

4.) 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

Gelenkprothese ☐ Ja ☐ Nein

Herzklappenersatz ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige? Falls ja, welche:

5.) Infektionskrankheiten

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionskrankheiten?	☐ 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

6.) 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? (z.B. bei Osteoporose oder Krebserkrankungen) Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige Medikamente? Falls ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein

7.) Weitere gesundheitliche Angaben

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

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, insbesondere nach der DSGVO.

Ort, Datum _____

Unterschrift:

