

ANAMNESEBOGEN

Name Beruf

Vorname Arbeitgeber

Geburtsdatum E-Mail

Anschrift Handynummer

PLZ, Ort Telefon

Krankenkasse Gesetzlich Privat

Zusatzversicherung Ja Nein

Tarif Basis Standard

Falls Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist der Versicherte?

Name

Vorname

Wer hat uns empfohlen?

.....

Ich bestätige, nachstehende Angaben gewissenhaft zu machen.

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Überempfindlichkeit auf bestimmte Stoffe?
Wenn ja, welche?

.....

Blutgerinnungshemmende Medikamente / Gerinnungsstörung?
Wenn ja, welche?

.....

Herz-Kreislauferkrankungen?
Wenn ja, welche?

.....

Endokarditisrisiko / Herzklappenersatz Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Hepatitis A/B/C Ja Nein

HIV positiv Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Grüner Star Ja Nein

Asthma Ja Nein

Krebserkrankungen Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Falls Sie schwanger sind, in welcher Woche?

Ja, Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja Nein

Sonstige Vorerkrankungen?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?

.....

Hatten Sie in letzter Zeit Kontakt
zu Corona-Infizierten oder haben Sie
Erkältungssymptome? Ja Nein

Feldafing, den

Unterschrift Patient