

# 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Überempfindlichkeit auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche?	.....	Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungshemmende Medikamente / Gerinnungsstörung? Wenn ja, welche?	.....	Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herz-Kreislaufkrankungen? Wenn ja, welche?	.....	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Endokarditisrisiko / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie schwanger sind, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/> Ja, ..... <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HIV positiv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Vorerkrankungen?	.....
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?	.....
Feldafing, den	.....	Hatten Sie in letzter Zeit Kontakt zu Corona-Infizierten oder haben Sie Erkältungssymptome?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Unterschrift Patient .....