

Anamnesebogen

Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Erlerner Beruf/Derzeitiger Beruf:

Email:.....@.....

Telefon/Mobile/Nummer:.....

Gesprochene Sprachen:

Krankenversicherung:

Es besteht eine Zusatzversicherung (Wahlleistungen) für stationäre Behandlungen: nein ja

Bei Versicherung:

Grad der Behinderung in % (SGB IX) 30%.....40%.....50%.....60%.....70%.....100%.....

Pflegegrad:2.....3.....4.....5

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in unsere Praxis?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Körpergröße:..... **Gewicht:**.....

Ist bereits eine Therapie eingeleitet worden (z.B. Schmerzmittel/ Antibiotikum?)

vom Arzt von mir selbst nein

Name des Medikaments:.....

Sind bei Ihnen bereits Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

Sind bei Ihnen Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

Leiden Sie unter Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

nein ja

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? nein ja

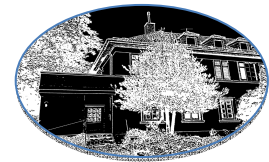
Nehmen Sie Gerinnungshemmer? Wenn ja, welche?

nein ja.....

Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung? Wenn ja, welche?

nein ja.....

Bitte wenden →



Anamnesebogen

Bitte Vor- und Rückseite in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke

Rauchen Sie? nein ja (Anzahl Zigaretten pro Tag.....)

Besteht bei Ihnen Drogenkonsum? nein..........ja

Trinken Sie Alkohol? Regelmäßig wenig gar nicht

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?

nein ja (Woche.....) Stillen Sie?

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt, wie z.B. Herz, Lunge, Leber o.a.?

.....
.....

Sind bei Ihnen psychische/psychiatrische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

nein ja

sonstige Erkrankungen:

Medikamente, die Sie regelmäßig nehmen/ nehmen sollten:

Haben Sie von Ihrem Hausarzt einen Medikationsplan? Bitte geben Sie diesen an der Anmeldung ab!

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Sind Sie im HNO-Bereich schon einmal voroperiert worden? (OP, Jahr, Krankenhaus)

.....
.....

Datum, Unterschrift:.....

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere sie.

Wichtig! Entbindung der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine **Daten und Befunde** im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen übermittelt werden dürfen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen!

Hausarzt
(Name, Anschrift)

bestimmte Personen
z.B. Ehemann/Ehefrau, Kind(er) oder Betreuer. Wichtig! (Namen, Vornamen eintragen)

weiterbehandelnde Ärzte Krankenhaus für Privatärztliche Verrechnungs- Krankenkasse
stelle (bei Igel)

Datum, Unterschrift:.....