

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefonnummer (Mobil, Privat, Arbeit)

Beruf

Wer ist Ihr Hausarzt?

Private stationäre Zusatzversicherung?

Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher? _____

1-Bett 2-Bett (bitte ankreuzen)

Komplette Behandlung

Nur Bett

Ja Nein

Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel

Ja Nein

Wenn ja, welche z.B. Marcumar oder ASS? _____

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente? Medikamentenplan?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

orthopädische Vorerkrankungen, Osteoporose/Osteopenie

Ja Nein

HIV / Hepatitis Typ A / B / C / Tuberkulose

Ja Nein

Rheuma. Erkrankung / Fibromyalgie etc.

Ja Nein

Diabetes mellitus Typ I oder II

Ja Nein

chronische bakterielle Entzündungen/ akute Abszesse

Ja Nein

Durchblutungsstörungen / Thrombose

Ja Nein

Psychische Erkrankungen

Ja Nein

Störung wichtiger Organe

Ja Nein

z.B. Herz, Niere, Leber, Lunge, Schilddrüse, Nervensystem

Allergien / Medikamentenunverträglichkeit

Ja Nein

Wenn oben Ja, bitte nähere Beschreibung der Erkrankung!

Datum, Unterschrift

Anamnesebogen (FB), I, 1 Seite, CD, 23.03.17