Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: _____geb. am: _____

Adresse:_____Tel.privat:_____

Tel.:gesch.:_____mobil:_____Beruf/Arbeitgeber:_____

E-Mail-Adresse:_____

Krankenkasse:_____Sind Sie zusatzversichert? O Ja O Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

_____

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? O Ja O Nein / Behandelnder Hausarzt:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt:_____

Allgemeine Anamnese:

		Ja	Nein	Medikamente:
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	O	O	_____
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrythmien)	O	O	_____
	Herzasthma, Angina pectoris	O	O	_____
	Herzschrittmacher	O	O	_____
	Zustand nach Herzinfarkt	O	O	_____
	Nehmen Sie Blutverdünnung z. B. ASS oder Marcumar	O	O	_____
Kreislauferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	O	O	_____
	zu niedriger Blutdruck	O	O	_____
	Ohnmachtsanfälle	O	O	_____
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	O	O	_____
	Magen-Darmerkrankungen	O	O	_____
	Schilddrüsenerkrankungen	O	O	_____
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	O	O	_____
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophlilie)	O	O	_____
	Blutarmut (Anämie)	O	O	_____
Allergien:	Ekzeme	O	O	_____
	Penicillin-Überempfindlichkeit	O	O	_____
	Asthma	O	O	_____
	Besitzen Sie einen Allergiepaß?	O	O	_____
	Überempfindlichkeit gegen_____			
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)	O	O	_____
	Tuberkulose	O	O	_____
	chronische Erkrankungen der Atemwege	O	O	_____

Sonstige Erkrankungen:_____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit:_____

Besitzen Sie eine Pflegestufe : _____ Wenn ja , welche : _____

Weitere Angaben:	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat_____)			
	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	O	O	_____
	Wann wurden Sie zum letztenmal geröntgt?	O	O	_____

☐Die Patienten-Information zu Art.13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen

Datum:_____ Unterschrift:_____☐