



ANAMNESEBOGEN

Datum: _____ Tel. Privat _____

Pat. Nr.: _____ Tel. mobil: _____

Name: _____ Tel. dienstl.: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Besteht bei Ihnen eine Allergie? Welche? _____

Reagieren Sie empfindlich auf bestimmte Stoffe/Medikamente? _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie eine Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Klappenersatz? ja nein

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? hoch niedrig nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben Sie Hepatitis B oder C? ja nein

Haben Sie Diabetes? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Haben Sie Asthma? ja nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein wenn ja in welchem Monat? ____ Monat

Besteht eine Erkrankung, die oben nicht aufgeführt wurde? _____

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? 6 Monate 12 Monate

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Sie helfen uns damit sehr.
Verschwiegenheit unsererseits über ihre Angaben ist selbstverständlich!

Wir möchten Sie bitten, ihre Termine spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir möchten Sie vorsorglich darauf hinweisen, dass wir berechtigt sind, nicht eingehaltene Termine anteilmäßig in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Recklinghausen, _____

Datum

Unterschrift