

Anmelde- / Anamnesebogen

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich : weiblich:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (Privat) : _____ (Mobil): _____

Telefon tagsüber: _____

Email-Adresse: _____

Beruf: _____

Hausarzt: Name: _____ Ort: _____

Überweisende Arzt: Name: _____ Ort : _____

Empfohlen durch: _____

Versicherung: _____

gesetzlich privat zusatzversichert privat versichert Selbstzahler

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck: nein: ja : Medikamente:_____

Blutzuckerkrankheit: nein: ja : Medikamente:_____

Magenerkrankung: nein: ja : welche:_____

Gelenk-Rheuma: nein: ja : Medikamente:_____

Hepatitis: nein: ja : welche:_____

Aids / HIV nein: ja :

Asthma: nein: ja :

Tuberkulose: nein: ja : wann:_____

Herzkrankheit: nein: ja : welche:_____

 Endokarditis: nein: ja : Prophylaxe: nein: ja :

 Herzschrittmacher: nein: ja : Defibrillator: nein: ja :

 Herzklappenfehler: nein: ja : welcher:_____

Herzinfarkt: nein: ja : wann:_____

Schlaganfall: nein: ja : wann:_____

Krampfadern: nein: ja :

Thrombose: nein: ja : wann:_____

Embolie: nein: ja : wann:_____

Tumorerkrankung: nein: ja : welche:_____

 Bestrahlungen : nein: ja : wann:_____

 Chemotherapie: nein: ja : wann:_____

Anfallsleiden: nein: ja :

Gemütsleiden (Depression): nein: ja : wann:_____

Psychiatrische Behandlung: nein: ja : wann:_____

 warum:_____

Erhöhte Blutungsneigung: nein: ja : welche:_____

Gerinnungsstörungen: nein: ja : welche:_____

Trockene Augen: nein: ja : Medikamente:_____

Allergien :

Latex: nein: ja : Sonstige:_____

Penicillin: nein: ja : _____

Medikamente: nein: ja : welche:_____

Sucht:

Zigaretten: nein: ja : Anzahl:_____ seit:_____

Haben Sie früher geraucht? nein: ja : Anzahl:_____ bis:_____

Alkohol: nein: ja : Menge:_____ was:_____

Drogen: nein: ja : welche:_____

Schlaf-/Beruhigungsmittel: nein: ja : welche:_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein: ja :

Plavix, Aspirin (ASS): nein: ja :

Marcumar: nein: ja :

Vitamine D / E: nein: ja :

Welche:

Körpergröße (in cm): _____ Gewicht (in Kg.): _____

Maximales Gewicht (in Kg): _____ Konstant seit: _____

Schwangerschaften: nein: ja : Anzahl: _____

Geburten: nein: ja : Anzahl: _____

Antibabypille: nein: ja :

Monatsblutungen: nein: ja : letzte: _____

Ich trage Kontaktlinsen: nein: ja :

Operationen in letzten zehn Jahren:

Plastisch-Chirurgische Vorbehandlungen:

Botox oder Unterspritzungen: nein: ja : wann zuletzt: _____

was: _____

wo: _____

Plastische Operationen: nein: ja : welche + wann: _____

Weswegen wollen Sie sich beraten lassen?

Seit wann beschäftigen Sie sich mit dem Thema?

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift des Patienten