

Anmelde- / Anamnesebogen

Bitte überprüfen Sie die Angaben auf Ihre Richtigkeit:

Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen hilft uns, Ihnen eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit Ihren Angaben dazu bei.

Ankreuzen genügt meistens, falls erforderlich, ergänzen Sie bitte. Falls der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie gerne die Rückseite.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam

Medizinische Daten:

Größe: cm

Gewicht: kg

Leiden Sie an Allergien?

Nein Ja - Allergie gegen:

.....
.....

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Nein Ja, ich wurde operiert an:

.....
.....

Tragen Sie ein künstliches Gelenk oder einen Herzschrittmacher?

Nein Ja, ein/e:

.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, nämlich:

.....
.....

Bitte legen Sie uns Ihren Medikamentenplan vor

Bestehen Vorerkrankungen?

Nein Ja, nämlich:

.....
.....
.....

Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit?

Nein Ja, GdB:

.....
.....

Sind Sie in einen Pflegegrad eingestuft?

Nein Ja, Pflegegrad:

.....
.....

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Nein Ja, im Monat

Ungewiss

Besitzen Sie ein Impfbuch?

Nein Ja (Bitte vorlegen)

Für Arbeits- und Berufsunfälle:

Unfalltag:

Unfallzeit:

Berufsgenossenschaft:

Unfallbetrieb:

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Datum und Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters