

## Anamnesebogen

Vorname:	Krankenkasse:
Nachname:	Zusatzversicherung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum:
E-Mail:	Telefonnummer:
Adresse:	Postleitzahl / Ort:
Hausarzt:	Ich möchte den Rückforderungsbeleg Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> per E-Mail erhalten:
Ich möchte per SMS an den Termin erinnert werden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Bitte ankreuzen, was zutrifft.

Allergien	Anämie/ Bluterkrankung/ Blutungsneigung/ Hämophilie	
Infektiöse Erkrankungen (z.B HIV/AIDS/Hepatitis)	Erkrankungen eines spezifischen Organes	
Herzerkrankungen	Allgemeine chronische Erkrankungen (z. B Osteoporose, Niereninsuffizienz)	
Implantate	In medikamentöser Behandlung	
Transplantate	Vergangener Schlaganfall	
Operation in den letzten fünf Jahren	Diabetes	
Autoimmunerkrankungen	Empfindungsstörungen	
Psychische Erkrankungen	Gefässerkrankungen (z. B Krampfadern, Arteriosklerose)	
Neurologische Erkrankungen	Gar nichts, ich bin gesund 😊	
Tumore/ Krebs	Sonstiges...	

Hier gerne in eigenen Worten beschreiben was ist/gewesen war:

Datum:
--------

Medikamente: Ja  Nein

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Name des Medikaments				

Datum:

Unterschrift: