

Anamnesebogen

Name, Vorname: Geburtstag:

Telefonnummer:Beruf:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Welche Medikamente ohne ärztliche Verordnung haben Sie in der letzten Zeit eingenommen (z.B. frei verkäufliche Schmerzmittel, Nahrungsergänzung, Schlafmittel uam).

Wegen welcher Krankheiten nehmen Sie die oben genannten Medikamente ein?

Erhalten Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen („Blutverdünner“)? Wenn ja, welche? Oder haben Sie eine Blutgerinnungsstörung, sind Sie „Bluter“?

Werden oder wurden Sie gegen Osteoporose behandelt? Wenn ja, wie? Welche Medikamente erhalten Sie?

Hatten oder haben Sie eine bösartige Krankheit? Wenn ja, welche? Hatten Sie eine Chemotherapie und oder Bestrahlung?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten: Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose, HIV?

Haben Sie Allergien? Worauf?

Haben Sie künstliche Teile in Ihrem Körper? Zum Beispiel Herzklappe, künstliche Gelenke, Schrittmacher usw.?

Bitte nennen Sie uns Namen und Praxisort Ihrer Hausärztin/ Ihres Hausarztes.

Sie erklären Ihr Einverständnis für notwendige Röntgenuntersuchungen.

Wie in jeder Arztpraxis erfolgt auch bei uns eine Datenerfassung und Datenweitergabe, ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung und deren Abrechnung. Mit beteiligt sind demnach auch mit- und weiterbehandelnde ÄrztInnen, Labore, Zahntechnik, Physiotherapie, kassenärztliche und kassenzahn-ärztliche Vereinigungen usw.

Halle (Saale), den..... Unterschrift