

ANAMNESEBOGEN

Patient:

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

.....
Straße

Postleitzahl/Ort

.....
Telefon privat/geschäftlich

E-Mail

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: (falls anders als unter „Patient“ angegeben)

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum/-Ort

Versicherung:

gesetzliche Versicherung

private Versicherung

Basistarif

Zusatzversicherung

Schwerbehindertenausweis

Hausarzt:

.....
Name, Telefon

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| • Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Blutdruck (zu hoch/zu niedrig) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Blutgerinnung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Lunge (Asthma, COPD, u.a.) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Leber (Hepatitis, „Gelbsucht“) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Niere | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Diabetes mellitus (Zucker) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Allergien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Übertragbare Krankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc, u.a.) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Medikamentenunverträglichkeiten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja, welche

- Knochenerkrankungen (Osteoporose) O Ja O Nein
- Anderweitige Erkrankungen O Ja O Nein
- Spritzenreaktionen O Ja O Nein
- Nehmen Sie Medikamente ein O Ja O Nein

Wenn ja, welche.....

- Nehmen Sie Medikamente aufgrund einer Knochenerkrankung O Ja O Nein
z.B. Bisphosphonate, Prolia, Xgeva
- Rauchen Sie? O Ja O Nein
- Besteht eine Schwangerschaft O Ja O Nein

Letzte Röntgenaufnahme:

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? O Ja O Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

.....
Ort, Datum Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung Karteikarteneinsicht aufgrund von Praxisübergabe 2019 an

Dr. Daniela Schuster M. Sc..

(trifft nur zu, wenn Sie bei Vorgänger Dr. Hennecke waren)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle behandelnden Ärzte Einsicht in die vorhandene Karteikartendokumentation nehmen dürfen.

.....
Ort, Datum Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle folgenden Punkte gelesen und verstanden habe.

.....
Ort, Datum Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter