

# 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:** .....

## 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 |
| • 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 |
| • Knochenerkrankungen (Osteoporose)  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Bekommen oder bekamen Sie Medikamente/ Injektionen aufgrund von Osteoporose/Knochenmetastasen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

