

# ANAMNESEBOGEN

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Email

Telefon

Beruf

## VERSICHERUNGSSTATUS

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> privat versichert | <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> zusatzversichert |
| <input type="radio"/> Beihilfe          | <input type="radio"/> pflichtversichert     |  |
| <input type="radio"/> Standard          | <input type="radio"/> freiwillig versichert | <input type="radio"/> nicht versichert |
| <input type="radio"/> Vollversichert    |   |  |

## BEHANDELNDE ÄRZTE

Überweisender Arzt / Zahnarzt

## ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

- |   |                          |                            |                                |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Allergien                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma bronchiale                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| COPD  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Hepatitis A, B, Hepatitis C    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| Nierenerkrankung, Dialyse                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Krebserkrankung                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? ..... Seit wann? ..... |                          |                            |
| Schlaganfall                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Bestrahlungstherapie           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie?                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wann? .....                    |                          |                            |
| Rheuma                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Chemotherapie                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>Bitte zutreffendes unterstreichen:</b>   |                          |                            | Wann? .....                    |                          |                            |
| Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP, Herzschwäche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Blutgerinnungsstörung          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenersatz, Herzklappenfehler        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Sind Sie schwanger?            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche Woche? .....            |                          |                            |
| Osteoporose, Bisphosphonattherapie          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Nehmen Sie Medikamente?        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfanfälle, Epilepsie, Depression        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| Nehmen Sie Marcumar, ASS, Plavix?           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                                |                          |                            |
| HIV-positiv, AIDS                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                                |                          |                            |

Ich bin zum Zwecke der Abrechnung mit der Weitergabe der erforderlichen Informationen, Daten und notwendigen Unterlagen an Dritte ausdrücklich einverstanden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Jameda, Google, Facebook, persönliche Empfehlung)?

Datum / Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Unterschrift Arzt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Prof. Dr. med.

**EIKE KRAUSE**

Hals-Nasen-Ohren-Facharzt

Allergologie

Plastische Operationen

Dr. med.

**PETER FESSLER**

Hals-Nasen-Ohren-Facharzt

Plastische Operationen

Spezielle Hals-Nasen-

Ohrenchirurgie

HEAD  
HEAD  
HEAD