

Anamnesebogen

Wir bitten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Notfallkontakt (Kinder, Ehepartner, Eltern etc.): _____

Welche Medikamente nehmen Sie: _____ (evtl. Medikamentenplan)

Allgemeinerkrankungen: _____



Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern): _____

Besondere Belastungen (Familie, Beruf, soziales): _____

Allergien: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Patientenverfügung? Ja (bitte in der Praxis hinterlegen!) Nein

Impfpass? Ja Nein

Organspendeausweis? Ja Nein

Gesetzliche Betreuung? Ja Nein

Pflegegrad Ja, welchen _____ Nein

Sonstiges: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Datum/Unterschrift: _____