

	PATIENTEN Organisation und Empfang Anamneseblatt	Version 2	Seite 1/1
		2A FB-04	
		Formblatt	

Liebe Patientin, lieber Patient !

Wir freuen uns, Sie in unserem Gesundheitszentrum begrüßen zu dürfen.

Zur Vervollständigung bzw. Aktualisierung Ihrer Karteieinträge bitten wir Sie darum, die folgenden Fragen zu beantworten.

Daten zu Ihrer Person:

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße/Wohnort _____
 Telefon-Nr. (Privat/Arbeitsplatz) _____
 E-Mail _____
 Beruf / Tätigkeit _____
 Krankenversicherung/Zusatzvers. _____

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgend genannten Erkrankungen, hatten Sie Operationen? (dann entsprechendes bitte ankreuzen)

	NEIN	JA		NEIN	JA
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auf welches Medikament ? _____		
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann ? _____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spritzen Sie Insulin? _____		
Hepatitis A / B / C / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann ? _____ welche Körperregion? _____		

Nehmen Sie ein Medikament zur

Blutverdünnung? welches ? _____
Operationen? welche ? _____

Sonstiges: _____

Einverständniserklärung zum Datenausch innerhalb der Praxis:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten (auch Krankenberichte) innerhalb der Praxis von dem behandelnden Arzt und den Therapeuten/Fachpersonal intern zur Einsicht freigegeben werden.

Speyer, den _____

Datum

Unterschrift