

Anamnesebogen

Dokument

vollständiger Name, Geburtsdatum		Beruf (ggf. früherer Beruf)	
Telefon	Email	Fax	
Hausarzt			
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an folgende Institutionen / Personen einverstanden (unbedingt ausfüllen!) :			
<input type="checkbox"/> Labor Eicke/ Labor Arbeitskreis (Ohne Einverständnis sind keine labormedizinischen Untersuchungen möglich!)			
<input type="checkbox"/> oben genannter Hausarzt			
<input type="checkbox"/> weitere Ärzte (bitte Namen und Adresse angeben)			
<input type="checkbox"/> Arzt, von dem ich überwiesen wurde (per Überweisungsschein)			
<input type="checkbox"/> Angehörige (bitte Namen und Geb.-Datum angeben)			
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an Dritte nicht einverstanden.			
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Arzt <input type="checkbox"/> private Empfehlung <input type="checkbox"/> Sonstiges			
ab 55 Jahren: hatten Sie bereits eine Vorsorge-Darmspiegelung (Koloskopie)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am			
Sind alle Schutzimpfungen (Tetanus etc.) aktuell? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Raucher? Zigaretten tgl. <input type="checkbox"/> Nichtraucher? <input type="checkbox"/> Ex-Raucher?	
Haben Sie einen Impfpass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Körpergewicht kg Körpergröße: cm	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder nach Bedarf ein?			
Name		Dosierung	
Vorangegangene Operationen, Krankenhaus-Aufenthalte und wichtige Begleitkrankheiten (Diabetes, Grüner Star (Glaukom), Bluthochdruck,,...):			
Allergien oder Unverträglichkeiten – insbesondere gegen Medikamente? (z.B. Antibiotika, jodhaltige Röntgenkontrastmittel)			
Datum, Unterschrift:			