

MVZ am OHH	Formular	Änder-Stand 04 21.01.21	F-100.1
	Anamnesebogen	Seite 1/1	

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, die Beantwortung ist für Ihre weitere Behandlung wichtig.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Tel: _____ Handy: _____ Faxnr. _____

Beruf: _____ Schwerbehinderung (GdB): _____ Pflegegrad: _____

Anschrift: _____

bei Privatversicherung Angabe des Tarifes (einzelne Sätze) erbeten: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Sind Sie mit anderen chronischen oder ansteckenden Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes, Hepatitis o.ä.) in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Wenn ja, mit welchen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Wirkstoffe (z. B. Kontrastmittel, Antibiotika o.ä.)? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Sind Sie Raucher? JA NEIN

Wenn ja, wie viel Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Datum: _____ Unterschrift: _____