



Anamnesebogen · Seite 1 von 2

ERWACHSENE & JUGENDLICHE ab 15 Jahre

Name Vorname

Adresse

Geburtsdatum Größe Gewicht

Berufliche Tätigkeit..... Mobil-Tel.

Hausarzt E-Mail.....

Adresse Hausarzt (PLZ Ort).....

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren? NEIN JA

Wie sind Sie krankenversichert? Privat gesetzlich andere

Name der Krankenkasse?

Besteht eine private Zusatzversicherung? NEIN JA

Wenn ja, welche? Vers. Nummer.....

Wahl-Arzt 1-Bett Zimmer 2-Bett Zimmer Chefarztbehandlung

Wurden Sie schon einmal operiert? NEIN JA

Wenn ja, welche Operation?

Gab es Probleme mit der Narkose? NEIN JA

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten? NEIN JA

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Blutverdünner? NEIN JA Welcher?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? NEIN JA

Wenn ja, welche:

Haben Sie einen Medikamentenplan? NEIN JA Wenn ja, bitte beifügen.

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? NEIN JA

Wenn ja, wann war Ihre letzte Darmspiegelung?

BITTE AUCH DIE RÜCKSEITE AUSFÜLLEN =>



Anamnesebogen · Seite 2 von 2

ERWACHSENE & JUGENDLICHE ab 15 Jahre

Tragen Sie ein/e Prothese (außer Zahnprothese), Implantat, Schrittmacher oder Defibrillator?

NEIN JA Welche/r/s?

Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit wie z.B. Hepatitis, HIV etc.?

NEIN JA Wann und welche Infektion?

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck NEIN JA

Diabetes NEIN JA Typ?

Durchblutungsstörung
an den Beinen? NEIN JA

Gerinnungsstörung NEIN JA

Herzerkrankung NEIN JA Welche?

Thrombose tiefe Beinvenen NEIN JA

Offenes Bein (Ulcus cruris) NEIN JA

Gelenkerkrankungen NEIN JA Welche?

Krebserkrankung NEIN JA Welche?

Lebererkrankung NEIN JA Welche?

Lungenerkrankung NEIN JA Welche?

Nierenerkrankung NEIN JA

Neurologische Erkrankung NEIN JA Welche?

Psychische Erkrankungen NEIN JA

Weitere Erkrankungen? NEIN JA Welche?.....

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt Freunde/ Bekannte Homepage Google Facebook/ Instagram

Doctolib Sonstiges

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/ Patientin oder gesetzliche/r Vertreter/in

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und das vollständige Ausfüllen des Anamnesebogens.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihr Team der Fachärzte Rhein-Main.