



# Anmeldebogen mit Anamnese

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer .....

PLZ ..... Ort .....

Tel ..... E-Mail .....

Krankenkasse .....

Besteht eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche .....

Sofern Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Versicherte/r?

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

Was ist Ihr Anliegen? .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Angaben zur Allgemeingesundheit

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche?

Haben Sie eine Allergie?  Ja  Nein

Welche?

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Sind Sie Träger einer Infektionskrankheit?  Ja  Nein

z.B. Hepatitis, HIV, TBC, ...

Bluten Sie lange nach Verletzungen?  Ja  Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel?  Ja  Nein

z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin, Thrombo-Ass, ...

Haben/Hatten Sie eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems?  Ja  Nein

z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Rhythmusstörung,  
Herzfehler, Klappenersatz, Blutdruck, ...

Tragen sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Haben Sie eine Erkrankung im Blut-bildenden System oder der Blutgefäße?  Ja  Nein

z.B. Leukämie, Lymphom, Agranulozytose, Anämie, Hämophilie, ...  
Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombosen, ...

Haben Sie eine Atemwegserkrankung?  Ja  Nein

z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Tumor, ...

Haben Sie eine Erkrankung der Verdauungsorgane?  Ja  Nein

z.B. Leber, Magen-Darm, Bauchspeicheldrüse, ...

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung?  Ja  Nein

z.B. Gicht, Nebenniere, Schilddrüse, ...

Haben Sie Diabetes?  Ja  Nein

Insulinpflichtig?  Ja  Nein

Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems?  Ja  Nein

z.B. Schlaganfall, Epilepsie, MS, ...

Haben Sie ein psychisches Leiden?  Ja  Nein

z.B. Angst, Depression, Schizophrenie, Neurose, ...

Haben Sie eine Erkrankung der Niere, Harnblase oder Prostata?  Ja  Nein

z.B. Entzündung, Tumor, ...

Haben Sie eine rheumatische Erkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie eine Autoimmunerkrankung?  Ja  Nein

z.B. Lupus, Dermatomyositis, Sklerodermie, ...

Haben Sie eine hormonelle Erkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie eine Erkrankung des Bewegungsapparates?  Ja  Nein

Haben Sie eine Erkrankung der Augen? z.B. Glaukom, ...  Ja  Nein

Sie sind  Nichtraucher

Ex-Raucher (seit ..... Jahren )

Raucher ( ..... Zigaretten/Tag; seit ..... Jahren)

