

Name, Vorname des Versicherten

geboren am:

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsart-Nr.

VK gültig bis

Datum

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name des Arztes

Anschrift des Arztes

Datum/Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.

1	Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
4	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
5	Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● ○
6	Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
7	Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
8	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.1	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.2	Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.3	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.4	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.5	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.6	Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
8.7	Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.8	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.9	Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
9	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.1	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.2	Immundefizienz-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
10	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1	Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
13	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
15	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
16	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
17	Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
20	Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● ○

Heraeus