

**Anamnese Bogen**

Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versichert als  Mitglied  Familienmitglied  Rentner

Wenn Familienversichert dann bitte

Name des

Versicherten: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Adresse des Versicherten wenn abweichend: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ich wünsche einen Bericht an den o.g. Hausarzt :  ja  nein

Bestehen Grunderkrankungen: ( z.B. Diabetes, Herzkrankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Augenleiden, sonstiges bitte erläutern)

---

---

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja wann und was?

---

---

Nehmen Sie Medikamente: Wenn ja welche:

---

---

Wurden in der letzten Zeit Untersuchungen durchgeführt. Z.b. Röntgen/CT/MRT/Szintigramm oder ähnliches. Wenn Ja welche und wo?

---

---

Allergien:

---

---