

Anamnesebogen

Name und Vorname _____

Geb.-Datum _____

Telefon _____

Hausarzt _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten:

Herz/Blutdruck Ja Nein _____

Zucker Ja Nein Insulin? Ja Nein

Krebs Ja Nein Welchen/wann? _____

Allergien Ja Nein _____

Infektionen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Ja Nein _____

Rheuma/Autoimmunerkrankungen Ja Nein _____

Schwere andere Erkrankungen: (Epilepsie, Niere, Magen/Darm, usw.?)

Regelmäßige Medikamente

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die erhobenen Behandlungsdaten an den angegeben Hausarzt und ggf. an andere Ärzte übermittelt werden dürfen. Falls wir im Rahmen der Behandlung Befundaufnahmen z. B. zur Verlaufskontrolle erstellen möchten, erteile ich hiermit mein Einverständnis. Dieses ist jederzeit widerrufbar. Laut Datenschutzgrundverordnung vom Mai 2018 müssen wir Sie darauf verweisen, dass Daten von Ihnen gespeichert werden (weitere Informationen auf Anfrage).

Hameln, den _____

Unterschrift Patient