



ANAMNESEBOGEN

Name
Vorname

Anschrift
Geburtsdatum
Telefon

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Bestehen bei Ihnen Allergien? Wenn ja, welche?

	Ja	Nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Klappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis B oder C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Drogen oder Alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Besteht eine Erkrankung die oben nicht aufgeführt wurde?

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung statt?

Wie sind Sie aus uns aufmerksam geworden?

Wünschen Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? Ja Nein

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Verschwiegenheit unsererseits über all Ihre Angaben ist selbstverständlich!

Wir möchten Sie bitten, Ihre Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bestätige, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift