



Patientenanamnesebogen (1/2)

Nachname, Vorname:

Geb. Datum:

Adresse: **Telefonnr.:**

Nur für privatversicherte Patienten

Versicherung:

Ich habe bei meiner Privatversicherung einen Steigerungssatz von:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

2,3-fach 1,9-fach andere:

Der Hauptversicherte ist:

ich selbst

ein Familienmitglied:

Nachname, Vorname:

Geb. Datum:

Hausarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Weiterempfehlung

Flyer / Faltblätter

Webseite

Bewertungsportale im Internet

Zeitungsanzeige

Gelbe Seiten / Telefonbuch

Unterschrift Patient:



Patientenanamnesebogen (2/2)

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Ist Ihr Diabetes insulinpflichtig Ja Nein

HbA1C %

Haben Sie Bluthochdruck (Hypertonie) Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Nehmen Sie Blutverdünner oder Cortison ein? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Nehmen Sie Medikamente Ja Nein

(dazu zählen auch Augentropfen)?

Wenn ja, bitte angeben

Haben Sie chronische Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Haben Sie Lebererkrankungen? Ja Nein

Haben Sie Nierenerkrankungen? Ja Nein

Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen

Herzinfarkt, Schlaganfall, künstliche Herzklappe

Asthma, chronische Bronchitis

Epilepsie, Depressionen, Psychosen, Migräne

Osteoporose, Rheuma, Arthrose, Spinalkanalstenose

**Hatten Sie Augenoperationen, Laser-Behandlungen
oder Behandlung mit Spritzen** Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben

Wann? Wo? Welches Auge?

Unterschrift Patient: