



## Anamneseblatt

Herr  Frau

**Nachname:**.....**Vorname:**.....

**Straße:** .....**PLZ/Ort:**.....

**Vers. Nummer:** ..... **Geburtsdatum:** .....**Krankenkasse:**.....

**Mobil-Nr.:** .....**Festnetz-Nr.:**.....

Zusatzversicherung: .....  Wahlarzt  Krankenhaus

Nur bei Mitversicherten ausfüllen:

Name Hauptversicherter:.....

Adresse Hauptversicherter:.....

Vers. Nummer: .....Geburtsdatum:.....Krankenkasse: .....

Beruf: .....

Hausarzt: .....

Kontaktperson im Notfall: ..... Tel.-Nr. ....

Aktuelle Beschwerden ( wo, wie, seit wann, ständig oder wiederkehrend, erstmalig? )


Jahr	Frühere Krankheiten und Operationen



Medikament	morgens	mittags	abends	Bei Bedarf

Erkrankungen von Eltern, Geschwistern, Großeltern, Geschwister der Eltern (Krebs, Bluthochdruck, Herzinfarkt / Bypass, Schlaganfall, Diabetes, sonstiges)	

*Rauchen Sie?*  Ja....Zigaretten seit .... Jahren  Gelegentlich  Nein  Exraucher

*Alkohol?*  täglich, Art und Menge.....  Gelegentlich  Nein

*Allergien?*  Nein  Ja, welche:.....

Falls Befundzusendung per Mail erwünscht:

E-Mail: .....@.....

Sie erhalten den Befund verschlüsselt: Code = **TTMM** Ihres Geburtstages!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten:

Datum:..... Unterschrift:.....