



Name

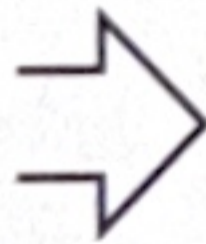
Vorname

Geburtsdatum

Anamnesebogen

- Herzerkrankung? Ja Nein
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Ja Nein wenn ja, welche: _____
- Blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS)? Ja Nein wenn ja, welche: _____
- Tumorerkrankungen, Art? Ja Nein wenn ja, welche: _____
- Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes, ...)? Ja Nein wenn ja, welche: _____
- Epilepsie? Ja Nein
- Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis...)? Ja Nein wenn ja, welche: _____
- Osteoporose? Ja Nein
- Schwangerschaft? (nur Patientinnen) Ja Nein
- Bluthochdruck? Ja Nein
- Asthma? Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen: Ja Nein wenn ja, welche: _____

Ich versichere bei Änderungen meine*n behandelnde*n Therapeutin*en zu informieren.



Koblenz, _____
Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten*in oder des gesetzlichen Vertreters

Abweichende Rechnungsadresse?

Name/Str./Nr./PLZ/Ort:

Befreiungsausweis? Ja Nein

Pflegedienst?

Name/Tel.:

Gesetzl. Betreuer?

Name/Adresse/Tel.:

Sonstiges

Vielen Dank!