

Anamnesebogen / Patientenanmeldung

Bitte vor der Behandlung genau durchlesen,
ausfüllen und abgeben. Danke!



Nachname, Vorname

cm

Größe

kg

Gewicht

Geburtsdatum

Vorerkrankungen

Herzerkrankungen nein ja

(Herzinfarkt, künstliche Herzklappe, Herschrittmacher)

Gerinnungsstörungen nein ja

Schlaganfall nein ja

Diabetes nein ja

Bluthochdruck nein ja

Tumorerkrankungen nein ja

Rheumatische- oder
Gelenkerkrankungen nein ja

Schilddrüsenerkrankungen nein ja

andere nein ja

Allergien

Heuschnupfen / Asthma nein ja

Antibiotika nein ja

Lokale Betäubungsmittel nein ja

andere nein ja

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggfs. ergänzende Angaben:

Nehmen Sie Medikamente ? Wenn ja, welche?

Haben oder hatten sie eine der folgenden Erkrankungen ?

Neurodermitis nein ja Schuppenflechte nein ja Akne nein ja Melanom nein ja

Basalzellkarzinom nein ja Plattenepithelkarzinom nein ja

Traten in der Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

Neurodermitis nein ja Schuppenflechte nein ja Hautkrebs nein ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertretungsberechtigter