

# Anamnesebogen / Patientenanmeldung

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



Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_

cm

kg

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

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

## 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

## 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

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegt aber den strengen Bestimmungen der Datenschutzgesetze