

Annahmefbogen

| | | Leiden Sie unter: | Ja | Nein |
|-------------------------------|---------------|---|----|------|
| Patient Name: | | Bluthochdruck? Kreislaufbeschwerden? | | |
| Vorname: | | Asthma? | | |
| Geb. Datum: | | Schilddrüsenerkrankung? | | |
| Straße: | | Allergien gegen z.B. Betäubungsmittel/ Antibiotika? | | |
| PLZ/ Ort: | | Infektionskrankheiten, z.B. TBC, Hepatitis, Aids? | | |
| Telefon: | | Diabetes? | | |
| Krankenkasse: | | Lebererkrankung? | | |
| Beruf: | | Rheuma/ Gicht? | | |
| Arbeitgeber: | | Andere chron. Erkrankungen ? | | |
| Bei Familien- versicherten | | Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein z.B. ASS/ Marcumar? | | |
| Versicherten Name: | | Hatten Sie eine Herz-OP? Herzschrittmacher? Herzpass? Endokarditisprophylaxe | | |
| Anschrift: | | Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?..... | | |
| Geb. Datum: | | Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?..... | | |
| Datum: | Unterschrift: | Rauchen Sie? | | |