

PATIENTENDATEN UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten/innen,

mit diesem Bogen möchte ich wichtige Informationen ermitteln. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und leserlich aus und schicken ihn gerne vorab per Mail an **info@praxisdrseibel.de** zurück oder bringen ihn ausgefüllt mit zum Termin, damit wir möglichst viel Zeit für ein ausführliches Beratungsgespräch und Ihre Behandlung haben.

ZU IHRER PERSON

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße Nr.

PLZ Stadt

E-Mail-Adresse

Mobilfunknummer

Beruf

IHRE KRANKENVERSICHERUNG

Name Ihrer Krankenversicherung:

Wie sind Sie krankenversichert

Gesetzlich:

☐

Privat: ☐

Beihilfe:

Ja

☐

Nein

☐

ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER VORGESCHICHTE

Körpergröße in Zentimeter

_____ cm

Körpergewicht in Kilogramm

_____ Kg

VORERKRANKUNGEN

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

JA

NEIN

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Schilddrüsenüberfunktion

☐

☐

Schilddrüsenunterfunktion

☐

☐

Blutgerinnungsstörung wie z. B. Faktor V-Leiden Syndrom, von Willebrand-Syndrom, Antiphospholipid-Syndrom.

☐

☐

Wenn ja, welche?

Diabetes mellitus

Typ I: ☐

Typ II: ☐

Herzerkrankung. Wenn ja, welche?

☐ ☐ ☐ ☐

☐

Lungenerkrankung. Wenn ja, welche?

☐

Migräne

☐

Autoimmunerkrankungen, wie z. B. Morbus Crohn,
Multiple Sklerose, Lupus, Sklerodermie

☐

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten wie z. B. HIV, Hepatitis,
Tuberkulose.

☐

☐

Wenn ja, welche?

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein

☐

☐

Wenn ja, listen Sie diese hier bitte auf:

FRÜHERE BEHANDLUNGEN / INJEKTIONS- UND INTRASPINÄLSPRITZUNGEN

Wurde bei Ihnen bereits eine Unterspritzung oder eine andere
ästhetische Behandlung durchgeführt?

☐

☐

Wenn ja, in welchem Bereich und wann?

SONSTIGES

Haben Sie Allergien?

☐

☐

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

☐

☐

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐

☐

Wie sind sie auf mich aufmerksam geworden?

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Empfehlung

☐

Suchmaschine im Web

☐

Homepage von Dr. Christiane Seibel

☐

Social Media

☐