

**Anamnesebogen und Einverständniserklärung/Anamnesis Questionnaire and Consent Form**

Name:	Geburtsdatum/birthday:
Telefonnr.:	Gewicht/weight:
Akt. ausgeübte Tätigkeit/recent job:	Größe/size:
Zuzahlungsbefreiung bis/copayment exemption till:	
Vorheriger Hausarzt:	

<b>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, bitte ankreuzen.</b> <b>Do you suffer from one of the following health diseases? If yes, please mark.</b>	
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="radio"/> Bluthochdruck/high blood pressure
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung/thyroid disease	<input type="radio"/> Sonst. Herzerkrankungen/other heart disease
<input type="radio"/> Lebererkrankung/liver disease	<input type="radio"/> Rheuma/rheumatism
<input type="radio"/> Nierenerkrankung/kidney disease	<input type="radio"/> Epilepsie/epilepsy
<input type="radio"/> Krebserkrankung/cancer disease	<input type="radio"/> Knie- und/oder Hüftarthrose/knee-osteoarthritis
<input type="radio"/> Depression	<input type="radio"/> Parkinson
<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> Osteoporose/osteoporosis
<input type="radio"/> Hemiparese/Lähmung-/paralysis	<input type="radio"/> Sonstige/other:
<input type="radio"/> Chronische Atemwegserkrankung/chronic respiratory disease	

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente mit Dosierung bitte auf.</b> <b>Do you regularly take medication? If yes, please list medication and dosage.</b>	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

<b>Leiden Sie an Allergien oder Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, listen Sie diese bitte auf.</b> <b>Do you suffer from allergies or drug intolerance? If yes, which one?</b>	
1.	3.
2.	4.

<b>Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Bitte auch das Jahr angeben.</b> <b>Which operations did you undergo ? When?</b>	
1.	3.
2.	4.

<b>Ist eine jährliche Gripeschutzimpfung gewünscht ?</b> <b>Do you desire an annual flu shot?</b>		
<input type="radio"/> Ja Yes	<input type="radio"/> Nein No	<input type="radio"/> Ich bitte um Infomaterial I need more information

<b>Sind Sie an Individuellen Gesundheits-Leistungen (IGeL) interessiert ?</b> <b>Are you interested in individual health benefits?</b>	
<input type="radio"/> Ja Yes	<input type="radio"/> Nein No

Ort, Datum  
place,date: \_\_\_\_\_

Unterschrift  
signature: \_\_\_\_\_