



**AUGENÄRZTE**  
GERL, KRETZ & KOLLEGEN

## Jahresanamnese/Stammdatenabgleich

Patient:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Haben sich Ihre Stammdaten (Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Krankenkasse, Hausarzt) seit Ihrem letzten Besuch bei uns verändert?

Ja       Nein

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sind seit Ihrem letzten Besuch neue Erkrankungen diagnostiziert oder operiert worden? (z. B. Herz-/Kreislauferkrankung, Implantate im Körper, Schilddrüsenerkrankung, Stoffwechselerkrankung, Allergien/Unverträglichkeiten)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind seit Ihrer letzten Behandlung neue Medikamente abgesetzt oder verordnet worden?  Ja       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente?  Ja       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?  Ja       Nein

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in oder  
gesetzlicher Vertreter