

ANAMNESEBOGEN ZUR TRANSPLANTATIONSVORBEREITUNG

NAME	Vorname
_____	_____
Geburtsname	Geb.-Datum
_____	_____
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Telefon
_____	_____
Anschrift	Telefon
_____	_____
	Handy

	E-Mail

Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus in Deutschland
_____	_____
Dolmetscher erforderlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Krankenkasse:	_____
Mitglieds-Nummer des/der Versicherten:	Nr.: _____
Gesetzlich versichert: <input type="checkbox"/>	
Privatversichert: <input type="checkbox"/>	
Familien-Mitgliedschaft: <input type="checkbox"/>	

Bei Familien-Mitgliedschaft sind bitte unbedingt die Personalien des/der Versicherten anzugeben:
Name, Vorname, Geburts-Datum, Adresse, Versicherungs-Nummer !

Anzahl der erhaltenen Blutkonserven:	Art der Konserven:
_____	_____
	Datum:

Schwangerschaft: Anzahl	

Kinder: Anzahl	

Gewicht: kg	Größe: cm
_____	_____

Allergien:

.....

.....

Vor-Operationen:

..... Datum:

..... Datum:

..... Datum:

Auslandsaufenthalte in den letzten 24 Monaten:

Unterschrift Patient:..... Datum: