

# Anamnesebogen unserer Praxis

FRENCH



1

## Patient

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

## Représentant légal / superviseur

Nom de famille

Prénom

Date de naissance

## Adresse

Rue

Emplacement

Code postal

Numéro de téléphone

Mobil

Adresse E-Mail

## Please check the relevant box

allergies à (quelles substances)

asthme

maladies cardio-vasculaires

maladies des reins

désordre de la coagulation du sang

vous avez une maladie infectieuse (hépatite, V.I.H, SIDA, tuberculose....)

é pilepsie

diabète

Autres maladies

Avez-vous droit aux soins ?

Si oui, quel niveau

**Please check the relevant box**

Votre médecin de famille

Quels médicaments prenez-vous actuellement?

Est-ce que tu fumes? \_\_\_\_\_ Si oui, combien?

Es-tu enceinte?