



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und danken Ihnen schon an dieser Stelle für Ihr uns entgegengebrachtes Vertrauen. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Um Ihren Besuch bei uns so optimal wie möglich gestalten zu können, bitten wir Sie daher um die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den aktuell geltenden Richtlinien des Datenschutzes. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Persönliche Angaben

Die mit * markierten Felder sind freiwillige Angaben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-Mail	
<input type="text"/>		
Beruf*		

Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt	Ort

Unfall? Wenn ja, bitte Unfallhergang angeben

Allgemeiner Gesundheitszustand

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche	<input type="text"/>	

Infektionskrankheiten

	Ja	Nein	A	B	C
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche	<input type="text"/>				

Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche	<input type="text"/>	

Wissenswertes

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

Sonstige Angaben / Krankheiten

Wie lang ist ihre letzte Röntgenuntersuchung / Computertomografie her?

< 1 Jahr > 1 Jahr

Bitte Bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer vorstehenden Angaben und stimmen der Speicherung, Bearbeitung und Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zur Erfüllung des Behandlungsvertrages ausdrücklich zu.

Datum, Ort

Unterschrift