

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie um gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht sowie den aktuell geltenden Richtlinien des Datenschutzes.

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"/>	<input type="text"/>	
Beruf*	<input type="text"/>	

## Versicherung

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Zusatzversicherung

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

## Unfall? Wenn ja, bitte Unfallhergang angeben

  
  


## Allgemeiner Gesundheitszustand

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche	<input type="text"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### 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

 

Wenn ja, welche

Allergien

 

Wenn ja, welche

### 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?

 

Wenn ja, welche

### Voroperationen

### Sonstige Angaben / Krankheiten

### Wie lang ist ihre letzte Röntgenuntersuchung / Computertomografie her?

weniger als 1 Jahr  mehr als 1 Jahr

### Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern und an diese übermitteln darf. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin mit dem verschlüsselten Versand von medizinischen Unterlagen per Email an mich einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift