

# ANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Wohnort

Telefon (Privat)

Telefon (Mobil)

E-Mail-Adresse

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Beruf

## WER SOLL ALS IHR BEHANDELNDER ARZT/ÄRZTIN EINGETRAGEN WERDEN?

**RAUCHEN SIE?**

Ja! Wie viele Zigaretten am Tag?

Seit wann?



Nein

aufgehört

**WURDEN SIE SCHON MAL OPERIERT?**

Ja

Nein

WANN? (Jahr)	WAS/WO?

**SIND BEI IHNEN ALLERGIEN BEKANNT?**

- Ja! Welche?
- Nein

**HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN/INFEKTIONEN?**

(bitte ankreuzen)

- |  |   |   |                                    |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck          | <input type="radio"/> Thrombose                     | <input type="radio"/> Herzinfarkt       | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher      | <input type="radio"/> Lebererkrankung               | <input type="radio"/> Nierenerkrankung  | <input type="radio"/> Asthma/COPD  |
| <input type="radio"/> Diabetes               | <input type="radio"/> Osteoporose                   | <input type="radio"/> Gemütererkrankung | <input type="radio"/> Parkinson    |
| <input type="radio"/> Magenerkrankung        | <input type="radio"/> Schlafstörung                 | <input type="radio"/> Krebserkrankung   | <input type="radio"/> Rheuma       |
| <input type="radio"/> Gicht                  | <input type="radio"/> HIV                           | <input type="radio"/> Fibromyalgie      |                                    |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Sonstige <input type="text"/> |   |                                    |

**NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?**  Wenn ja, tragen Sie diese bitte nachfolgend ein.  Nein

MEDIKAMENT	DOSIERUNG	SEIT WANN?

**SIND SIE DAMIT EINVERSTANDEN, DASS WIR SIE AN BESTEHENDE TERMINE VIA MAIL ERINNERN UND/ODER TELEFONISCH KONTAKTIEREN?**

(u.a. Terminbestätigungen, Erinnerungen, Verschiebung, Absagen)

- Ja, via Mail und/oder Telefon  Nein, ich möchte keine Kontaktaufnahme

**DIESE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG KANN MÜNDLICH ODER SCHRIFTLICH GEGENÜBER DER PRAXIS JEDERZEIT WIDERRUFEN WERDEN.**

PLZ | Ort | Datum | Unterschrift