

Anamnesebogen

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis. Bitte füllen Sie die beiden folgenden Seiten sorgfältig aus. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname Geburtsdatum

Name und Geburtsdatum des Versicherten bei Familienversicherten

Anschrift

Telefon privat (Festnetz/ Handy) dienstlich

E-Mail Beruf

Krankenkasse/ Versicherung Geschäftsstelle

Gesetzlich Zusatzversicherung Privat- normal Privat- Basistarif

Name und Telefonnummer des behandelnden Allgemeinarztes

Empfohlen durch

Jetzt stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte teilen Sie uns Veränderungen, die sich im Lauf der Jahre ergeben, z.B. neu auftretenden Erkrankungen, umgehend mit.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Leiden Sie unter Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metallgeschmack	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie	Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Blutgerinnungsstörungen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden!

Leiden Sie an Allergien ja nein
 Heuschnupfen ja nein
 Asthma ja nein
 Medikamentenüberempfindlichkeit? ja nein

Haben oder hatten Sie Gelbsucht ja nein
 Diabetes ja nein
 Rheuma ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Epilepsie/ Krampfanfälle ja nein
 Nierenerkrankung ja nein
 Immunschwächeerkrankung ja nein
 andere Erkrankungen ja nein

Welche anderen Erkrankungen?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie **schwanger**? ja nein

Rauchen Sie? ja nein
 Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Wichtig:

- Wir bitten Sie dringendst, vereinbarte Termine einzuhalten oder so schnell wie möglich abzusagen, damit wir die Termine weiter vergeben können.
- Ich stehe nicht unter Betreuung/ Vormundschaft. Wenn doch, gebe ich unaufgefordert Auskunft über meine Betreuung.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

Service zur Terminerinnerung (Recall)

Gerne erinnern wir Sie per Post an Ihre Vorsorgetermine. Sind Sie damit einverstanden? ja, per Post

nein

Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift