

Anamnesebogen

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie optimal an Ihren individuellen Gesundheitszustand anzupassen. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter.

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum und -Ort: _____

Beruf: _____

männlich weiblich divers

E-Mail: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Google Social Media Persönliche Empfehlung

Falls persönliche Empfehlung, durch wen? _____

Bei welchem Hausarzt waren Sie bisher in Behandlung? _____

Bei welchen Fachärzten waren Sie bisher in Behandlung? _____

Persönliche Anamnese

Körpergröße _____ cm

Gewicht ___ Kg

Rauchen Sie? Nein

Ja ___ Zig./Tag

Trinken Sie Alkohol? nie

gelegentlich regelmäßig ___ Gläser/Woche

Nehmen Sie Medikamente? Nein

Ja Welche?

Sind Sie schwanger? Nein

Ja möglicherweise

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck Ja Nein

Blutzuckerkrankheit Ja Nein

Magenerkrankung Ja Nein

Fettstoffwechselstörung Ja Nein

Schilddrüsenfunktionsstörung Ja Nein

Lebererkrankung Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Gicht Ja Nein

Gelenkrheuma Ja Nein

Hauterkrankung Ja Nein

Anamnesebogen

Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Anfallsleiden/Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
andere Vorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Medikamenten-Unverträglichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Allergie gegen Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Sonstige Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Wurden Sie schon einmal operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, was und wann wurde operiert?

Besteht oder bestanden bei Ihren Eltern oder Geschwistern eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?

Ist Ihr Impfschutz vollständig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bin nicht sicher <input type="checkbox"/>
Wann war Ihr letzter Gesundheits-Check?	_____		
Wann war Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorge?	_____		
Möchten Sie an anstehende Vorsorge- oder Impftermine per Email oder telefonisch erinnert werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Einverständnis zur Datenspeicherung und –Weitergabe nach **DSGVO**: Ich bin damit einverstanden, dass alle Mitarbeiter der Praxis meine Daten einsehen können, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter der Praxis der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Meine Daten dürfen unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert, an mitbehandelnde Ärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten sowie berechnete Institutionen übermittelt werden. Die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum:

Unterschrift