

## Anamnesebogen

Seite 1

---

Name, Vorname (Patient) Geburtsdatum Geschlecht:  m  w

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

---

E-Mail

Beruf

---

Name der Versicherung / Krankenkasse

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

---

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

### **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

---

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte weiter auf Seite 2 →

# Anamnesebogen

Seite 2

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenfehler   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzoperation       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## Infektionskrankheiten:

- |             |                             |                               |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## Allergien, Unverträglichkeiten:

- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzmittel    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Penicillin       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Jod              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Pflaster         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige _____   |                             |                               |

## Weitere Erkrankungen:

- |                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ohnmachtsneigung            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenfunktionsstörung      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumorleiden/Krebs           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einnahme von Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungsstörung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutverdünnung              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Welches Medikament _____    |                             |                               |

## Allgemeine Angaben:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Raucher  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Alkoholkonsum  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| bei ja: <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig |                             |                               |
| Schwangerschaft  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Medikamenteneinnahme   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche _____   |                             |                               |

## Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termin einzuhalten oder **mindestens 24 Stunden im Voraus** abzusagen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Möchten Sie schriftl. oder telefon. an die halbjährliche Versorgeuntersuchung erinnert bzw. In unser Recallsystem aufgenommen werden?  Ja  Nein

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Google  Lage der Praxis  Internetseite  Auf Empfehlung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /des Erziehungsberechtigten

abschicken