

## Anamnesebogen

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Anschrift

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Straße Nr. \_\_\_\_\_ Telefon/Handy \_\_\_\_\_

### Versicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Versicherter

(bei Familienversicherten)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Rechnungsanschrift

(Falls abweichend)

Straße Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit <b>ja</b> antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen!
Allergien (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen (Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergebnis _____
Regelmäßiger Alkohol- /Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen andere Erkrankungen? (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Name des Hausarztes und ggf. Telefon	_____		
Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?	_____		

*Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Std. im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Ich bin mit einer telefonischen  
Terminreminderung einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift