

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus! Sie helfen uns dadurch, eine optimal abgestimmte und risikofreie Behandlungsgrundlage zu schaffen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

PERSÖNLICHE ANGABEN

		<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau
Vor- und Nachname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon privat	Mobil	E-Mail	
Beruf		Krankenkasse	
<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> freiwillig versichert	<input type="radio"/> zusatzversichert	
<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> Beihilfe	_____	

GESUNDHEITLICHE ANGABEN

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Gibt es Allergien die bekannt sind? Wenn ja, welche? ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran? ja nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie einen Impfausweis? Wenn ja, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir beraten Sie gern.

ja nein

Wurden bei Ihnen bereits Vorsorgeuntersuchungen (Checkup, Krebsvorsorge) durchgeführt? Wenn ja, wann zuletzt und welche Vorsorgeuntersuchungen?

ja nein

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

ja nein

Sind in Ihrer Familie bestimmte Erkrankungen gehäuft aufgetreten?
Wie beispielsweise: Bluthochdruck, Asthma, Herzerkrankungen, Diabetes ...

ja nein

Weitere Bemerkungen (falls nötig):

Vielen Dank. **Bitte teilen Sie es uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben haben.** Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass wir Sie über Ihre oben angegebenen Daten kontaktieren dürfen.

Datum / Unterschrift des Patienten und des Erziehungsberechtigten