

**Patienten - Anamnesebogen (bitte vollständig ausfüllen)**

Vorname, Nachname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Telefon (geschäftlich)

Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse

Vorname, Nachname des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

Hausarzt (evtl. Adresse, Telefon)

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

**Herz- Kreislauf-Erkrankungen:**

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte ankreuzen**

**Infektionskrankheiten:**

HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte ankreuzen**

andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen	<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
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte ankreuzen**

**Allergie oder Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Penicillin /Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte ankreuzen**

andere: \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Information:**

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alkoholgenuß	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte ankreuzen**

wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein

**Wichtige Information:**

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

Wie /durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift