Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,
Durch ständige, öffentlicher Auslage in unserem Wartezimmer kommen wir unserer Informationspflicht der DSGVO Art.13 nach. Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit zum Lesen.
Wir benötigen neben Ihren Personalien auch allgemeine Informationen zu Ihrer Person. Dies ist für uns wichtig um eine umfangreiche Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Name, Vorname……...
geb.am:……..

Adresse
……

Telefonnummer : **privat**:……..
dienstl……..

Welchen Beruf/Tätigkeit, in welcher Firma, üben Sie derzeit aus?
……

Familienstand
☐ Ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?
☐Masern ☐Mumps ☐Röteln ☐Windpocken
Sonstige:……

Hatten Sie Operationen? ☐**Ja** ☐**Nein**
Wenn ja, welche / wann?.....

Hatten Sie Unfälle? ☐**Ja** ☐**Nein**
Wenn ja, welche und wann?
.....

© Deutscher Ärzte-Verlag. Alle Rechte vorbehalten.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

☐Diabetes ☐Bluthochdruck ☐Schlaganfall ☐Herzinfarkt
☐Asthma/COPD ☐Thrombose ☐Lebererkrankungen ☐Nierenerkrankung
☐Krebserkrankung ☐HIV ☐Hepatitis ☐Schilddrüsenerkrankung
☐Blutungsneigung ☐Gemütskrankheiten Krampfanfälle
☐sonstige……..

Wie viele Schwangerschaften / Geburten hatten Sie?

……..……..

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

☐Diabetes ☐Bluthochdruck ☐Thrombosen ☐Krebserkrankungen
☐Krampfanfälle ☐Herzinfarkt ☐Schlaganfall ☐Allergien
Sonstige…….

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐**Ja** ☐**Nein**

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?.....
……

Rauchen Sie? ☐ **Ja,** wieviel pro Tag…….
☐ **nein**

Haben Sie Allergien? ☐**Ja** ☐**Nein**
Wenn ja, welche?
……

Haben Sie Kontakt zu Tieren? ☐**Ja** ☐**Nein**
Wenn ja, welche
……

Treiben Sie Sport? ☐**Ja** ☐**Nein**
Wenn ja, welchen?
……

Haben Sie einen Impfausweis ? ☐**Ja** ☐ **Nein**
Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐**Ja** ☐ **Nein**

Wen dürfen wir im Notfall informieren (Name und Tel. Nr.)? .....
……

Datum : Unterschrift:

© Deutscher Ärzte-Verlag. Alle Rechte vorbehalten.