

Anamnesebogen

(vom Patienten auszufüllen)

Patientendaten

Name

Vorname

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Telefon berufl.

Wie sind Sie versichert? ☐ gesetzlich ☐ privat

Krankenkasse

Körpergröße cm

Körpergewicht kg

Anzahl der Kinder

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 J. durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

Leiden Sie an chronischen Krankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gab es in der Vergangenheit Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Für weiblichen Patienten

Anzahl der Schwangerschaften

Anzahl der Geburten

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?

Für männliche Patienten ab 45 Jahren

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann?

Für Schmerzpatienten

Markieren Sie die Stärke der Beschwerden auf der Skala

Leicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Stark

Alkoholkonsum

☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig ☐ täglich

wenn ja, ca. Menge und Art

Gläser/Tag

Rauchen

Sind Sie Raucher? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht mehr

Wenn ja, seit wann?

Wenn nicht mehr, seit wann?

Art

☐ Zigarette

☐ Zigarre

☐ Pfeife

☐ E-Zigarette

☐ mit Filter

☐ ohne Filter

Andere Mittel

☐ Anabolika

☐ Aufputschmittel

☐ Drogen

☐ Sonstiges

Leiden Sie unter Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen im letzten Jahr eine Röntgenaufnahme gemacht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von welchen/m Organ/en?

Liegen schwerwiegende Erkrankungen in Ihrer Familie vor?

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Vater | ☐ Mutter | ☐ Geschwister |
| ☐ Vater | ☐ Mutter | ☐ Geschwister |

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

- ☐ Tetanus ☐ Diphtherie ☐ Polio/IPV ☐ FSME/Zecken ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B
- ☐ Sonstige Impfungen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Empfehlung durch einen anderen Arzt:
- ☐ Empfehlung durch eine andere medizinische Einrichtung:
- ☐ Ein/e Bekannte/r ist bereits Patient/in
- ☐ Ein Familienmitglied ist bereits Patient
- ☐ Telefonbuch
- ☐ Internet
- ☐ Sonstiges:

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin bzw. Gesundheitscheck up erinnert werden?

- ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja, ☐ per Brief ☐ per Mail an:

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort | Datum

Unterschrift der/s Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters