

## ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihren Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nicht weitergegeben und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, hilft Ihnen das Praxisteam gerne weiter.

### Ihre Daten

(Titel) Vorname	Nachname	Geburtsdatum
PLZ Ort	Straße, Hausnr.	Soz.-Vers.-Nr.
Telefon-/Handynr.	E-Mail-Adresse	Krankenkasse

### Kinderkrankheiten

Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

Bitte kreuzen Sie an:

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

### Allergien

Leiden Sie an Allergien?

Wenn ja, welche?

---



---



---



---



---

### Operationen

Hatten Sie eine Operation? Wenn ja, welche?

In welchem Jahr?


### Schutzimpfungen

Besitzen Sie einen Impfpass? Ja  Nein

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.



## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?  _____  _____	Besteht bei Ihnen eine Medikamenten-unverträglichkeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei welchen?  _____  _____
--	---

## Vorerkrankungen

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche? Bitte beschreiben Sie diese falls notwendig näher.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ihr aktuelles Befinden

Sind Sie zurzeit beschwerdefrei? Ja  Nein

Wenn nein, was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bestens informiert

Wir informieren unsere Patientinnen und Patienten regelmäßig über aktuelle Themen rund um die Gesundheit. In unserem Newsletter, der ca. 1x pro Monat erscheint, behandeln wir aktuelle Themen und versorgen Sie mit Tipps und Tricks, um Krankheiten vorzubeugen.

Möchten Sie sich für den Newsletter anmelden? Ja  Nein

Falls ja, wie vorne angegeben  oder an diese \_\_\_\_\_

*Der Newsletter ist DSGVO-konform und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abbestellt werden. Ihre Daten werden nicht weitergegeben.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Wir wünschen Ihnen und Ihren Liebsten alles Gute.

