

# ANAMNESEBOGEN



Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert  Privat versichert - nicht im Basistarif  Privat versichert - im Basistarif  Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

## Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum Erziehungsberechtigter

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

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus, wenn ja, warum?

Gesundheitszustand	bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

**Infektionskrankheiten:**

- HIV  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein

andere \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhetika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein

andere \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Nierenfunktionsstörungen  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein

andere \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

- Drogenkonsum  ja  nein  
Alkoholenuss  ja  nein wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  ja  nein wenn ja,  01-10  über 10 Zigaretten/Tag  
Frühere Röntgenuntersuchung  ja  nein wenn ja, Datum / Region: \_\_\_\_\_  
Schwangerschaft  ja  nein wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen:**

- 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 verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls wird vereinbart, dass jede reservierte aber nicht in Anspruch genommene Behandlungszeit von 15 Minuten mit 51,13 € in Rechnung gestellt werden kann.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Desweiteren bestätige ich, dass ich nicht unter Betreuung stehe. Anderenfalls gebe ich unaufgefordert Auskünfte über meine Betreuung.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

2 / 2