

Anamnesebogen

Datum: _____

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Titel, Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer Privat: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert: _____

Ledig verheiratet geschieden verwitwet; Kinder (bitte Geburtsjahre):

Zuzahlungsbefreiung: **Ja / Nein**

Schwerbehindertenausweis: **Ja / Nein** wenn ja , ggf. ____ % Pflegegrad: **Ja / Nein** welcher _____

Wen dürfen wir im Notfall benachrichtigen? Angehörige/ Freunde:

Name, Vorname: Tel.-Nr.:

Haben Sie eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / (gesetzlichen) Betreuer?:

Nikotin: nein / ja, wie viel am Tag? _____ seit wann? _____ wann aufgehört?

Trinken Sie Alkohol? Nein / ja was, wie viel, wie oft? _____ wann aufgehört?

andere Drogen: nein / ja was, wie viel, wie oft? _____ wann aufgehört?

Ernährung: ausgewogen vegetarisch vegan Fast Food andere

Zuletzt erfolgte Vorsorgeuntersuchungen

Impfungen	Tetanus	Diphtherie	Polio	Pertussis	Mumps, Masern, Röteln	Hepatitis	FSME	Corona
Ja / Nein								
zuletzt								

Gesundheitsuntersuchung (für gesetzlich Versicherte ab 35 Jahre alle 3 Jahre) wann zuletzt: _____

Hautkrebsscreening (für gesetzlich Versicherte ab 35 Jahre alle 2 Jahre) wann zuletzt: _____

Vorerkrankungen

Schilddrüse: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Lunge / Atmung: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Herz: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Bauchraum: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____
 (Leber , Gallenblase , Nieren , Bauchspeicheldrüse , Blase , Eierstöcke , Gebärmutter , Prostata , Magen , Darm)

Haut: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Knochen + Gelenke: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Diabetes: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Bluthochdruck: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Nerven/ Neuro: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Psyche: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Infektionskrankheit: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____
 (z.B. HIV , Hepatitis , Tuberkulose)

Krebserkrankung: **Nein** / **Ja**: was, seit wann _____

Operationen: **Nein** / **Ja**: wann, welche: _____

Medikamentenallergien: _____

Allergien: _____

Unverträglichkeiten: _____

Medikamente, Vitamine, weitere Präparate

Name	Dosierung mg	morgens/mittags/abends	seit wann

Mitbehandler

Name des Arztes	Fachgebiet	Grund

Ich habe die PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ - DSGVO zur Kenntnis genommen

Unterschrift: _____