

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: _____

O Ledig O verheiratet O geschieden O 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 O Patientenverfügung / O Vorsorgevollmacht / O (gesetzlichen) Betreuer?:

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

Alkohol: nein O / ja O was, wie viel, wie oft? _____ wann aufgehört?

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

Ernährung: O ausgewogen O vegetarisch O vegan O Fast Food O andere

Größe: _____ Gewicht: _____

Sport: _____ wie oft: _____

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

Hautkrebscreening (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 (andere Ärzte)

Ich habe die PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ - DGSVO zur Kenntnis genommen

Unterschrift: _____