



ANAMNESEBOGEN

Datum: _____

Lieber Patient,

gerne möchten wir auch weiterhin kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Bitte überprüfen Sie die unten stehenden Angaben und ergänzen oder verändern Sie diese bei Bedarf. Danke.

Name: Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer
Vorname: ist Versicherter?
Geburtsdatum: Name:
Adresse: Vorname:
Tel. Privat: Geburtsdatum:
Handy Nr.: Soll die Rechnung an eine abweichende Adresse?
E-mail Adresse: Name:
Beruf: Adresse:
Arbeitgeber, Ort: Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?
Tel. Arbeitsplatz: ja nein
Krankenkasse:
pflichtversichert: ja nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____
Geburtsort? _____
Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Bitte das für Sie zutreffende ankreuzen!

Bestehen gesundheitliche Risiken?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV positiv oder besteht eine Hepatitis B oder Hepatitis C Erkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sporadische Prionerkrankung (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie grünen Star?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welche: _____		
Sonstige Erkrankungen? _____		
Haben Sie Interesse an unserem Wiedereinbestellsystem (Recall)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!
Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

VEREINBARUNG: Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies so bald wie möglich mit, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst die Ausfallzeit in Rechnung stellen müssen!

Ort, Datum

Unterschrift