



## Anamnesebogen

Patient  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. : \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_ (Arbeitsstelle)

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Die Praxis wurde mir empfohlen von: \_\_\_\_\_

Versichert über:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamente, welche? \_\_\_\_\_
- Herzbeschwerden ( Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes ( Zuckerkrank)
- Gelbsucht, Leberkrank
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörung
- Ohnmachts. oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv
- Hepatitis     Ja             nein            Wenn ja             A     B     C

2. Rauchen Sie ?  Ja             nein            Wenn ja, wie viele ? \_\_\_\_\_

3. Besteht zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

---

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

---

5. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja ( )            Nein ( )            Ungewiss ( )

**Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.**

---

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Bitte halten Sie Ihre Termine ein. Wenn Sie Termine ändern oder absagen, tun Sie dies bitte mindestens 2 Tage im Voraus. Sollten Sie mehr als einen Termin ohne rechtzeitige Benachrichtigung nicht wahrnehmen, dann bin ich berechtigt Ihnen eine Rechnung für die Ausfallzeit nach dem gültigen Stundensatz zu stellen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_