



## Anamnesebogen

Patient

Straße

Tel.-Nr.

Krankenkasse

E-Mail-Adresse

Versicherter

PLZ/Ort

Mobil

Beruf

Empfohlen durch/Aufmerksam geworden durch:

## Allgemeine Gesundheitssituation

### Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden   | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht, Leberkrankheiten   | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, hoher oder niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall                         | <input type="checkbox"/> Rheuma  |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten z.B.: HIV, Hepatitis A, B oder C, Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma  |

Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen (Wenn ja welche?)

Andere Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche?

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

- ja                       nein                       ungewiss

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten und einer evtl. Bonitätsprüfung stimme ich zu.

Um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu gestalten, vergeben wir Termine nicht doppelt. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Angaben zu Ihrer Gesundheit wahrheitsgemäß ausgefüllt haben.

Datum

Unterschrift