



## Anmeldebogen mit Anamnese

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.  
Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon*	Mobiltelefon*	Telefon Arbeit*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf*	Arbeitgeber*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hausarzt*	Telefon Hausarzt*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherung		
Krankenkasse		
<input type="text"/>		
Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>	Freiwillig versichert <input type="checkbox"/>	Privat versichert <input type="checkbox"/>
		Zahnzusatzversicherung* <input type="checkbox"/>

**Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:**

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rauchen Sie?  ja  nein

### Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?  nein  ja / vielleicht wenn ja, welche Woche:

Nehmen Sie Präparate zur Empfängnisverhütung (z.B. die Pille)?  ja

**Bitte wenden!**



**Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich!**

**Welche Medikamente nehmen Sie?**


Wenn vorhanden, bitte Medikamentenplan zusätzlich mitbringen!

**Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen?**

<b>Herz-Kreislaufferkrankungen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Sonstige Erkrankungen</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen ( z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung (Infarkt/Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankungen (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis  Endokarditis Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen   Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B, oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Weitere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen</b>		
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Creutzfeld-Jakob (CJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Variante Creutzfeld-Jakob (vCJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MRSA (Krankenhauskeime)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Allergien | Unverträglichkeiten**


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

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor der nächsten Behandlung mit!