

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten, um Ihnen optimal zur Seite zu stehen, bitten wir um einige Angaben.
Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an uns!

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____ Geburtsdatum/-ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Beruf: _____ Krankenversicherung: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung: ☐ Nein ☐ Ja – bei wem?

Vorerkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja – welche?

Operationen: ☐ Nein ☐ Ja – welche und wann?

Nikotin: ☐ Nein ☐ Ja – Beginn und Anzahl/Tage?

Alkohol: ☐ Nein ☐ Ja – was und Häufigkeit?

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja – welche?

Sport: ☐ Nein ☐ Ja – was und Häufigkeit?

Krankheiten in der Familie: ☐ Nein ☐ Ja – wer und welche?

Dauermedikamente:	☐ Nein	☐ Ja – welche?		
Name	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Pflegestufe: ☐ Nein ☐ Ja – Stufe?_____

Sozialstation: ☐ Nein ☐ Ja – welche?_____

Schwerbehinderung: ☐ Nein ☐ Ja – Grad?_____

Sonstiges:

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung. Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch EMail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum:_____ Unterschrift:_____