

Anamnesebogen

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzepts und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. am _____ geb. in _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. / Fax

Tel. tagsüber/dienstlich _____ Tel. privat _____ Fax _____

Beruf

_____ Arbeitgeber _____

Versicherungsstatus

_____ gesetzlich bei _____ freiwillig bei _____ Mitglied/Familienvers./Rentner _____

Versicherungsstatus

_____ privat bei Basistarif Standardtarif Beihilfe bei private Zusatz bei _____

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen?

nein ja, von _____

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja, weshalb? _____

Ihr Hausarzt / Facharzt:

Name _____ Adresse _____ Telefonnummer _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, welche? _____

- Blutgerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, Aspirin, Xarelto)
- Bisphosphonate (Knochenstoffwechselhemmer)

Besitzen Sie einen Allergiepass?

nein ja _____

Haben Sie Allergien?

nein ja, gegen welche Stoffe? (z.B. Haushaltsreiniger) _____

Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf

nein ja, welche? _____

Haben Sie Herz-, Kreislaufferkrankungen?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Herzschwäche (Insuffizienz)
 Herzasthma, Angina pectoris
 Herzschrittmacher, Herzklappenersatz
 Herzinfarkt, wann: _____
 Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck
 Sonstiges: _____

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Sonstiges: _____

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Epileptische Anfälle
 Krämpfe
 Sonstiges: _____

Haben Sie Bluterkrankungen?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Blutgerinnungsstörung
 Sonstiges: _____

Haben Sie Infektionserkrankungen?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Leberentzündung (Hepatitis A / B / C)
 Tuberkulose
 Aids
 Sonstiges: _____

Haben Sie folgende Erkrankungen?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Anfallsleiden, Schlaganfall
 Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)
 Künstliche Gelenke
 Rheuma

Haben Sie sonstige Erkrankungen?

_____ _____
nein ja, welche ?

Nehmen Sie Genussmittel ein?

_____ _____
nein ja, welche ?
 Nikotin: _____
 Alkohol: _____
 Sonstiges: _____

Sind Sie schwanger?

_____ _____
nein ja, welcher Monat?

Sind Sie mit einer Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden?

_____ _____
nein ja

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Cham, ____ . ____ . _____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter