



Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor der ersten Konsultation aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Sie dienen dazu, Ihre Behandlung dem aktuellen Gesundheitszustand angepasst durchzuführen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen wenden Sie sich bitte an meine Assistentin oder an mich. Wir sind Ihnen gerne behilflich.

Titel, Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	
Adresse:			
Krankenversicherung:		SvNr.:	
Telefonnummer:		Email:	
Zusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dienstgeber:			

Als Service bieten wir Ihnen an, die Honorarnote an Ihre Krankenkassa zu schicken. Der Kassentarif wird Ihnen auf das angegebene Konto überwiesen.

Bankverbindung:	
Kontonummer/IBAN:	
Bankleitzahl/BIC:	

Hausarzt:					
Adresse/Ort:					
Blutgruppe: (zB A pos)					
Körpergröße:		cm	Körpergewicht:		kg

Operationen:

Wurden Sie schon einmal operiert? (z.B. Mandeln, Galle, Blinddarm)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Operationen?			
Hatten Sie Unfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja welche? (Bitte darunter ausfüllen)

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Magenleiden	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Venenleiden, Thrombosen	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Angeborene Erkrankung
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure/Gicht

Allergien

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?			

Medikamente

Nehmen Sie regelm. Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche?					
Medikament (Z.B. Thrombo ASS)	Dosis (100mg)	früh (0)	mittags (1)	abends (0)	nachts (0)

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Datum:

Unterschrift: