



Anamnesefragebogen

Ihre Gesundheit ist unser Anliegen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Termin sorgfältig aus. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben sind vertraulich und dienen der individuellen Behandlungsplanung.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Divers

Beruf: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Vorerkrankungen (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenleiden | <input type="checkbox"/> Leberleiden |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzleiden |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | Andere: _____ |

Allergien

Medikamente: Nein Ja , welche? _____

Andere: _____

Operationen

Bisherige Operationen: Ja , welche?(Jahr in Klammern)

Allgemeine Anamnese

Stuhlgang: Normal Durchfall Verstopfung

Wasserlassen: Normal Nachts >1-2x mehr _____

Gewichtsveränderung: Keine Zunahme Abnahme , kg in ___ Monaten

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen: Nein Ja , ___ Zigaretten/Tag, seit ___ Jahren

Alkohol: Nein Ja , Art und Menge: _____

Medikamente: Nein Ja , welche? _____

Schwangerschaft: Nein Ja Vielleicht

Impfschutz: Vollständig Nein , Impfbuch bitte mitbringen

Letzte Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35): _____

Letzte Hautkrebs-Vorsorge: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten für Behandlungszwecke innerhalb der Praxis geteilt und, falls nötig, für Überweisungen, Abrechnungen oder weitere medizinische Behandlungen an relevante Dritte (Fachärzte, Labore etc.) weitergegeben werden dürfen. Ich wurde über meine Rechte gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informiert und verstehe, dass die Datenschutzerklärung der Praxis bei Bedarf einsehbar ist. Ich bestätige, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____