



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

geb.: ____ . ____ . ____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ / _____

E-Mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Größe: ____ cm

Gewicht: ____ kg

bisheriger Hausarzt: _____

Trinken Sie Alkohol?

keinen selten > 2x / Woche täglich

Rauchen Sie?

ja nein aufgehört

Wenn ja, wie viele am Tag? ____ Zigaretten

Ist bei Ihnen eine Erkrankung bekannt, wie z.B:

Bewegungsapparat (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Arthrose ..): _____

Herz/ Kreislauferkrankung (Herzinfarkt, KHK, Bluthochdruck, Schlaganfall..): _____

Nierenerkrankung: _____

Atemwegserkrankung (Asthma/COPD..): _____

Erkrankung des Gemüts/ Psyche: (Burnout, Depression, Psychose..): _____

Rheumatischer Formenkreis: _____

Maligne Erkrankung (z.B. Karzinom/Krebs): _____

Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV...): _____

Vorausgegangene Operationen: _____



Welche Medikamente nehmen Sie ein:

Sind Allergien bekannt:

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -speicherung und -verarbeitung:

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. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Mitbehandlung anfordern sowie an andere Ärzte und Leistungserbringer zum Zwecke der Mitbehandlung weitergeben darf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per E-Mail oder Brief an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DGSVO). 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 DGSVO).

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift: _____



Scannen Sie mit Ihrem Handy den QR-Code und speichern Sie die Kontaktdaten der Praxis direkt auf Ihrem Telefon.