



Anamnese – Bogen

Liebe Patienten,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen möglichst genau zu beantworten. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig, würden uns aber bei Ihrer weiteren Behandlung helfen.

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

(Telefon privat)

(Telefon tagsüber)

(Krankenkasse/Krankenversicherung)

(Beruf)

Allgemeine Angaben

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tägl. Menge: _____
Bekannte Erkrankungen			_____ _____
Derzeitige Medikamente und Dosierungsangabe			_____ _____

	Ja	Nein	
Einverständnis Recall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiermit erkläre ich mich einverstanden, am Recall-Verfahren (Erinnerung an Impfungen, Gesundheits-Checks, etc.) teilzunehmen.
Besitzen Sie einen Impfausweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wichtige Information

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt, sowie nicht an Dritte weitergegeben. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

(Datum)

(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)