

### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Der Fragebogen umfasst zwei Seiten.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,  
 Ihr Praxisteam

<b>Patient:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Mitglied:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Patient:</b>	Straße	PLZ, Wohnort	E-Mail
<b>Anschrift</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mitglied:</b>	Straße	PLZ, Wohnort	E-Mail
<b>Anschrift</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Beruflich:</b>	Straße	PLZ, Wohnort	E-Mail
<b>Telefon:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Privat	beruflich/tagsüber	Mobil
<b>Beruf:</b>	<input type="text"/>		

<b>Krankenkasse/Versicherung:</b>	<input type="checkbox"/> pflichtversichertes Mitglied	<input type="checkbox"/> freiwillig versichertes Mitglied
	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfe
	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> nicht versichert

Wer hat Sie zu uns empfohlen oder überwiesen?

Name und Anschrift oder Telefonnummer ihres **Hausarztes/Internisten:**

Bei welchen **anderen Ärzten oder Therapeuten** sind Sie zur Zeit oder Regelmäßig in Behandlung, und ggf. wegen welcher Erkrankung?

## Anamnesebogen Seite 2

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Auf welche Medikamente oder andere Stoffe **reagieren Sie allergisch**?

Besitzen Sie einen <b>Allergiepass</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an <b>Asthma</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind bei zahnärztlichen oder chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen <b>länger andauernde Blutungen</b> aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie regelmäßig mehr als drei Bier oder zwei Glas Wein pro Tag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> oder einen <b>Herzklappenersatz</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter <b>Bluthochdruck</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht auf einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals einen <b>epileptiformen</b> Anfall (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie <b>Diabetes</b> (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine <b>Schilddrüsenerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Augengerkrankung (z.B. <b>Engwinkelglaukom</b> )?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter <b>Magen/Darmerkrankungen</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals eine <b>Lebererkrankung</b> (Gelbsucht, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie schon einmal eine <b>Nerenerkrankung</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals <b>Tuberkulose</b> oder eine <b>Geschlechtskrankheit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht die Möglichkeit dass Sie <b>HIV positiv</b> sind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. <b>Halswirbelsäule</b> )?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Kopfbereich jemals verletzt/operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige Erkrankungen?</b> wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde in den letzten zwölf Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt? wenn ja, welcher Körperbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> oder der Verdacht auf eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige</b> , für Ihre Behandlung relevante <b>Angaben</b> :	

**Bitte Berücksichtigen Sie folgenden Hinweis!**

**Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens drei Stunden lang kein Kraftfahrzeug führen!**

Selb, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_