

# Anamnesebogen

Ab dem 25.05.2018 tritt die neue Datenschutzverordnung in Kraft. Inhaltlich hat sich dabei nicht viel geändert, jedoch sind die Dokumentationspflichten umfangreicher geworden. Daher möchte ich Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen.

Bitte überprüfen Sie folgende Angaben und korrigieren oder ergänzen Sie sie bitte:

Name:

Vorname:

Geboren:

Titel:

Adresse:

Ihre Telefonnummer:

Name des Hausarzt:

Zuzahlungsbefreit:  nein /  ja , wenn ja, zeigen Sie bitte Ihren Befreiungsausweis vor

-----  
Dürfen wir Sie per E-mail kontaktieren um allgemein organisatorische Dinge zu klären sowie aktuelle Praxisinformationen zuzusenden? (Da E-Mails nicht verschlüsselt gesendet werden, erfolgt kein Versand von medizinischen Daten)

ja /  nein E-Mail .....

**Die Datenschutzbestimmungen die im Wartezimmer ausliegen habe ich zur Kenntnis genommen und stimme Ihnen zu.**

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name:

Vorname:

Rauchen Sie?  ja /  nein

Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  ja /  nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Orthopädische Operationen?  ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. Künstliche Gelenke, mit Jahreszahl und Seite) :

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. Blutverdünner):

Allergien?  ja /  nein

Wenn ja, welche (z.B. gegen bestimmte Medikamente):

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- |  |   |                                       |   |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> bösartige Krebserkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenstörung        | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD                  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt     | <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> HIV          | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall, Wo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma          | <input type="checkbox"/> Knie- / Hüftarthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> sonstiges _____                |

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

-----  
**Bei privat versicherten Patienten:**

Krankenkasse:

Hauptversicherter: