

## Anamnesebogen

Name, Vorname:

Adresse:

Geb.datum:

Tel.:

Email:

Hausarzt:

**1. Wegen welcher Beschwerden bzw. Leiden kommen Sie?  
Schildern Sie diese bitte mit einigen Worten**

---

**2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Blutverdünnungsmittel?: \_\_\_\_\_

**3. Leiden Sie unter Diabetes  
(Zuckerkrankheit)**

( )

Ja ( ) Nein ( )

einer Lebererkrankung

Ja ( ) Nein

erhöhtem Blutdruck  
( )

Ja ( ) Nein ( )

Rheuma

Ja ( ) Nein

einer Herzerkrankung

Ja ( ) Nein ( )

einer Schilddrüsenerkrank.

Ja ( ) Nein ( )

Nierenerkrankung  
( )

Ja ( ) Nein ( )

Blasenschwäche

Ja ( ) Nein

(ungewollter Urinverlust)

**4. Wurden Sie schon einmal operiert ?**

Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, wann und was?:

---

**5. Besteht eine Allergie oder Medikamenten-Unverträglichkeit ?**

Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, wogegen?:

---

### Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten (Datenschutz)

Ich habe die Informationen zum Datenschutz und -verarbeitung in unserer Praxis erhalten und wurde über weitere Informationen als Aushang oder auf der Homepage hingewiesen. Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert und/oder an diese übermittelt.

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme via Mobiltelefon, SMS oder E-Mail einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters)