

## Anamnesebogen

---

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

FestnetzNr: \_\_\_\_\_ HandyNr: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall informiert werden? (Name, Adresse, Telefonnummer, Verhältnis)

### Allgemeines:

Körpergröße: \_\_\_\_\_

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

Raucher?            ja    nein    Wenn ja, wie viel am Tag?

Alkohol?            täglich    ab und zu    selten    nie

Medikamente?    Ja    nein

Wenn ja, welche:

Tragen Sie eine Brille?    ja    nein

Bitte legen Sie dem Praxispersonal Ihren Impfausweis vor!

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern            ja    nein

Mumps            ja    nein

Röteln            ja    nein

Windpocken        ja    nein

Scharlach         ja    nein

### Hatten Sie Operationen?

Blinddarm         ja    nein

Mandeln            ja    nein

Gallenblase        ja    nein

Sonstige  
Operationen

**Bitte beachten Sie die Rückseite!**

## Anamnesebogen

---

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

FestnetzNr: \_\_\_\_\_ HandyNr: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall informiert werden? (Name, Adresse, Telefonnummer, Verhältnis)

### Allgemeines:

Körpergröße: \_\_\_\_\_

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

Raucher?            ja    nein    Wenn ja, wie viel am Tag?

Alkohol?            täglich    ab und zu    selten    nie

Medikamente?    Ja    nein

Wenn ja, welche:

Tragen Sie eine Brille?    ja    nein

Bitte legen Sie dem Praxispersonal Ihren Impfausweis vor!

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern            ja    nein

Mumps            ja    nein

Röteln            ja    nein

Windpocken        ja    nein

Scharlach         ja    nein

### Hatten Sie Operationen?

Blinddarm         ja    nein

Mandeln            ja    nein

Gallenblase        ja    nein

Sonstige  
Operationen

**Bitte beachten Sie die Rückseite!**

**Vorerkrankungen?**

Bluthochdruck	ja	nein
Blutzuckerkrankheit	ja	nein
Herzkrankheit	ja	nein
Magenerkrankung	ja	nein
Tumorerkrankung	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein
Hautkrankheit	ja	nein
Fettstoffwechselstörung	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Gicht	ja	nein
Gelenkerkrankungen	ja	nein
Wirbelsäulenerkrankung	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
AIDS/HIV	ja	nein
Leberentzündung	ja	nein
Asthma	ja	nein
Psychische Erkrankung	ja	nein
Anfallsleiden	ja	nein
Sonstige Erkrankungen:		

**Haben Sie Allergien?**

Penicillin	ja	nein
Aspirin	ja	nein
Blütenstaub	ja	nein
Tierhaare	ja	nein
Hausstaubmilben	ja	nein
Nahrungsmittel	ja	nein
Metalle	ja	nein
Sonstige Allergien:		

**Familienvorgeschichte**

Bluthochdruck	ja	nein
Blutzuckerkrankheit	ja	nein
Fettstoffwechsel	ja	nein
Herzinfarkt	ja	nein
Asthma/COPD	ja	nein
Tumorerkrankungen	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein
Sonstige:		

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

**Bitte beachten Sie die nächste Seite!**

## Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO Datenschutzverordnung

Im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis müssen personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind.

Die Erhebung der Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobene und gespeicherte Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2h) EU-DSGVO folgt.

Einwilligung:

Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein.

Die vollständigen Informationen sind in der Praxis einsehbar.

### Entbindung zur Schweigepflicht:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Personen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Bei unentschuldigtem Nichterscheinen Ihres exklusiven Termins erlauben wir uns ein Ausfallhonorar von 40€ zu berechnen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift