

## Anamnesebogen Praxis Dr. M. Schneider

Dieser **Anamnesefragebogen** dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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

**Männlich**       **Weiblich**

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Handy:** \_\_\_\_\_

### **Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?**

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
HIV <small>(SEP)</small> / Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Psychische Erkrankung            Nein       Ja   
Anfallsleiden                      Nein       Ja

Andere Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

**Allergien**

Gegen Medikamente                Nein       Ja

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Andere Allergien: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen?**

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

---

**Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck                      Nein       Ja   
Blutzuckerkrankheit               Nein       Ja   
Fettstoffwechsel                    Nein       Ja   
Herzinfarkt                            Nein       Ja   
Schlaganfall                         Nein       Ja   
Krebs                                    Nein       Ja

**Allgemeine Anamnese**

Stuhlgang                              Normal     Durchfall     Verstopfung   
Wasserlassen                        Normal     nachts öfter als 1-2 mal   
Gewichtsveränderung               Keine     Zunahme                     Abnahme   
  \_\_\_\_\_ in \_\_\_ Monaten            \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Monaten

Körpergröße                          \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg  
Rauchen Sie?                        Nein       Ja     Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_  
  Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Alkohol?               Nein       Ja     Was, wie oft und wie viel? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie                            Nein       Ja

Medikamente?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Sind Sie schwanger?    Nein     Ja     Vielleicht?

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Nein     Ja

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Check up 35)? \_\_\_\_\_ [SEP]

Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt? \_\_\_\_\_ [SEP]

Möchten Sie an anstehende Vorsorgetermine per mail und/oder telefonisch erinnert werden?

Nein     Ja     ☎

**Die Praxis bietet durch unsere Zusatzqualifikationen ein erweitertes Therapiespektrum.**

**Haben Sie Interesse an:**

Chinesische Akupunktur    Ja     Nein

Laserakupunktur    Ja     Nein

Medizinische Hypnose     Ja     Nein

Manuelle Medizin/ Chirotherapie                             Ja     Nein

**Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen**

Durch Empfehlung        von: \_\_\_\_\_

Telefonbuch   

Internet   

Sonstiges   

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam

**Einverständnis zur Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind. [SEP] Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen

datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden.

---

Datum:

Unterschrift: