

	<h1>Anamnesebogen</h1>	06
		Fragebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich: divers:

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____ Tel.: _____

(bei Rückfragen, Befundübermittlung, Terminänderung o. ä.)

Arbeitgeber: _____

Anschrift Arbeitgeber: _____

Welche Medikamente vertragen Sie nicht: _____

Leiden Sie an:

Herz- und
Kreislaufbeschwerden ja nein _____

Ohnmachtsneigung ja nein _____

Allergien ja nein _____

Asthma ja nein _____

Heuschnupfen ja nein _____

Epilepsie ja nein _____

Diabetes ja nein _____

Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse ja nein

Besteht eine Schwangerschaft ja nein

Letzte Röntgenuntersuchung (welche Körperregion) ja nein

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis und **seit wann** bestehen diese?

Ich bin damit einverstanden, dass der Dateninhalt meiner Chipkarte sowie die in Zusammenhang mit meiner Behandlung stehenden Daten, computergestützt und praxisintern erfasst werden. Bitte unterzeichnen Sie zum Zeichen Ihres Einverständnisses mit der automatischen Erfassung Ihrer Daten diese Erklärung.

Datum:

Unterschrift:

Erstellt am: 11.02.2020	Geprüft am: 12.05.2020	Freigegeben am: 12.04.2021
Erstellt von: sg	Geprüft von: JG	Freigegeben von: JG
Seite 1 von 1	Version 1.0	Datei: 06_Anamnesebogen.rtf