

	<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