

# Anamnesebogen des Patienten



## Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geb. Ort \_\_\_\_\_  m  w

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Tel. beruflich \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?  gesetzlich  privat

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

## Für unsere weiblichen Patienten

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Anzahl der Geburten \_\_\_\_\_

regelmäßige Krebsvorsorge:  Ja  Nein

## Für Schmerzpatienten

Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen? Leicht  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Stark

Alkoholkonsum:  überhaupt keinen  selten  regelmäßig  täglich  
wenn ja, Menge und Art: ca. \_\_\_\_\_ Gläser/Tag

Rauchen: Ich habe  nie geraucht  früher geraucht  rauche immer noch  
wenn ja, Menge: ca. \_\_\_\_\_ am Tag  mit Filter  ohne Filter

Art:  Zigaretten  Zigarren  Zigarillos  Pfeife

Ich rauche seit: \_\_\_\_\_ Ich habe aufgehört: \_\_\_\_\_

Andere Mittel:  Anabolika  Aufputzmittel  Drogen  Sonstiges \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?  Ja  Nein

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

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

Welche schwerwiegenden Erkrankungen liegen in der Familie vor?

\_\_\_\_\_  Vater  Mutter  Geschwister  
\_\_\_\_\_  Vater  Mutter  Geschwister

Wurde bei Ihnen im letzten Jahr eine Röntgenaufnahme gemacht?

Ja  Nein

Wenn ja, welches Organ wurde untersucht?

---

---

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

---

---

**Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren**

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

---

---

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Impfungen?  Tetanus  Diphtherie  Polio/IPV  FSME/Zecken  Hepatitis A  Hepatitis B

Sonstige Impfungen?

---

---

(Bitte Impfausweis mitbringen)

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Empfehlung durch einen anderen Arzt \_\_\_\_\_  
 Empfehlung durch eine andere medizinische Einrichtung \_\_\_\_\_  
 ein Bekannter ist bereits Patient \_\_\_\_\_  
 ein Familienmitglied ist bereits Patient \_\_\_\_\_  
 Telefonbuch  Internet  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-/Gesundheitschecktermin erinnert werden?**

Ja  Nein

per Brief  per E-Mail

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters