



ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Tel. (Privat)

Tel. (Büro)

Mobil

E-Mail

Hausarzt

überweisender Arzt

Größe

Gewicht

Beruf

Rauchen Sie? ja nein

Treiben Sie Sport? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Allergien? ja nein

Welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig
Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Operationen ja nein

Operationen (bitte möglichst mit Jahreszahl)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- Bluthochdruck
- Lebererkrankungen
- Krebserkrankungen
- Rheuma

- Thrombose
- Nierenerkrankungen
- Hepatitis
- Knie-/Hüftarthrose

- Schlaganfall
- Diabetes
- HIV
- Osteoporose

- Herzinfarkt
- Asthma/COPD
- Bandscheibenvorfall

Sonstige

Im Laufe der Behandlung können Sie zur Schmerzreduktion oder Verbesserung der Funktion Medikamenteninjektionen erhalten. Auch unter Einhaltung äußerster Sorgfalt und Abwägung von Behandlungsalternativen kann es zu sehr seltenen Komplikationen wie Verletzung von naheliegenden Strukturen, Blutergüssen oder Infektionen kommen. Diese Komplikationen können im schlimmsten Fall ernsthafte bleibende Schädigungen verursachen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, hiervon in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Hiermit erteile ich das Einverständnis zum sicheren Datenaustausch
mit Ihren Ärzten zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift