



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

für die bevorstehende Behandlung benötigen wir einige grundlegende Daten zu Ihrer Person sowie zu ihrer gesundheitlichen Befindlichkeit. Der Fragebogen dient als Grundlage Ihres Erstgesprächs. Sie sind nicht verpflichtet den Fragebogen auszufüllen. Bei Unklarheiten zum Ausfüllen wenden Sie sich bitte an unsere Arzthelferinnen in der Anmeldung. Auch wir stehen Ihnen im Behandlungsgespräch gerne zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für die Frage der Notwendigkeit der im Fragebogen geforderten Angaben für die Behandlung.

ANAMNESEBOGEN

Bitte ausdrucken, sorgfältig ausfüllen und bei Ihrem ersten Termin vorlegen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Name, Vorname

.....

Telefonnummer mit Vorwahl
(damit wir Sie im Notfall erreichen können)

Festnetz

ggf. Handy

Email-Adresse

.....

Geburtsdatum

.....

Vorbehandelnder Hausarzt (bitte mit Telefonnr.)

.....

Mitbehandelnder Facharzt (bitte mit Telefonnr.)

.....

Ich nehme folgende Medikamente ein

.....

.....

Bekannte Medikamentenallergien

Hühner-Eiweiß-Allergie

Sonstige

.....

Erkrankungen (bitte ankreuzen)

Herz Lunge Niere Leber

Magen-/Darm Blutdruck Schilddrüse

Tumor Diabetis

Sonstige

.....

Wir möchten Sie gerne umfassend beraten und betreuen. Dürfen wir Sie hierfür telefonisch oder schriftlich (Post/Email) kontaktieren?

Ja Nein

Unterschrift

.....