

Anamnese-Fragebogen

Lieber Patient (m/w/d),

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um eine optimale Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. Natürlich sind dies Angaben freiwillig und werden entsprechen den derzeit gültigen Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung gespeichert bzw. verarbeitet.

_____	_____	_____
(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)
_____	_____	_____
(Straße, Hausnummer)	(PLZ, Ort)	(Beruf)
_____	_____	_____
(Telefon)	(Mobil)	(E-Mail)
_____	_____	
(Krankenkasse)	(ggf. Hauptversicherter bei Familienversicherten)	
_____	_____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
(Größe)	(Gewicht)	(Raucher)

Bestehen chronische Erkrankungen / Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Wurden Sie operiert (z.B. Blinddarm, Gallenblase, Implantate)? Wenn ja, welche und wann?

Bestehen Allergien und/oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Traten innerhalb der Familie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankungen) und/oder Krebs auf? Wenn ja, welche?

Für Patienten der bisherigen Gemeinschaftspraxis I. Gregor-Bote/J. Bote:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine in der Gemeinschaftspraxis I. Gregor-Bote/J. Bote gespeicherten Patientendaten und Befunde, zwecks Weiterbehandlung, in den Datenstamm der Praxis Streifer überführt werden dürfen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)