

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 diese 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?
