



Anamnesebogen

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzeptes und einer risikofreien Behandlung erforderlich.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name **Vorname** **geb.**

Anschrift

Straße **Nr.** **PLZ** **Ort**

Tel.

E-Mail:

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

_____ gesetzlich / privat versichert bei

_____ **Beihilfe** bei

_____ **Privater Zusatz** bei

Ihr Hausarzt/Facharzt

_____ **Name**

_____ **Adresse**

_____ **Tel.**

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? nein ja, welche?

- blutgerinnungshemmende Medikamente** (z. B. Marcumar, Heparin, Aspirin, Xarelto etc.)
- Osteoporosemedikamente** (Bisphosphonate)
- Psychopharmaka** (z. B. Diazepam, Lorazepam, Haloperidol, Clozapin, Valproat etc.)
- Antidepressiva** (z. B. Amitriptylin, Clomipramin, Mirtazapin, Escitalopram etc.)
- Schmerzmittel** (z. B. Ibuprofen, Diclofenac, Novalgin, Paracetamol, Opiate (Tramadol, Tilidin etc.))
- sonstige:** _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

Herzens? nein ja
Kreislaufsystems? nein ja
Leber? nein ja
Nieren? nein ja
Magen-Darm-Trakts? nein ja
Gelenke/Wirbelsäule/Knochen? nein ja

HIV (Aids)? nein ja
Unfälle im Kopfbereich? nein ja
Krebserkrankung? nein ja
Allergien?
 nein ja: _____
Sonstige Erkrankungen? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

Herzinfarkt? nein ja
Schlaganfall? nein ja
Niedriger Blutdruck? nein ja
Hoher Blutdruck? nein ja
Diabetes Typ 1 oder 2? nein ja
Erhöhte Blutgerinnung? nein ja
Erhöhte Blutungsneigung? nein ja
Epilepsie (Krampfanfälle)? nein ja
Tuberkulose? nein ja
Hepatitis (A, B, C)? nein ja

Haben oder hatten Sie

eine Herzklappenentzündung? nein ja
eine künstliche Herzklappe? nein ja
einen Herzschrittmacher? nein ja
einen implantierbaren
Defibrillator (ICD)? nein ja
einen oder mehrere Stents? nein ja
künstliche Gelenke? nein ja

Traten nach **Spritzen Nebenwirkungen** auf? nein ja, welche? _____

Besteht eine **Schwangerschaft**? nein ja, welche Woche? _____

Datenschutz

Ich stimme der Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: Mai 2018, liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Für den Fall, dass ich das Angebot der Praxis an dem Recall-Benachrichtigungssystem teilzunehmen, wahrnehme, stimme ich ebenfalls den oben genannten Verwendungszwecken meiner personenbezogenen Daten für die Nutzung des Recall-Benachrichtigungssystem zu. Ich bin auch hier darauf hingewiesen worden, dass ich die Teilnahme jederzeit wieder unverbindlich beenden kann.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

München, _____

Unterschrift des Patienten