



## 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**