



Name / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Tel. privat	Tel. mobil	
E-Mail	Krankenkasse	Beihilfe (ja/nein)

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen:
1 Allergien/Unverträglichkeiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.2 Immunmangel-Syndrom (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Nierenerkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Sonstige Erkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? (wie viel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Bogen auszufüllen. Abschließend würden wir uns freuen, wenn Sie uns noch ein paar zusätzliche Fragen beantworten:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	ja	nein
Empfehlung (durch wen) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonbuch/Branchenbuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_