



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Damit erhalten wir wichtige Informationen, die ggf. Auswirkungen auf Ihre Behandlungen haben. Bestimmte Daten benötigen wir zudem für einen reibungslosen Verwaltungsablauf sowie für zustimmungspflichtige Patientenservices.

PATIENTIN / PATIENT

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Tel. privat _____
Tel. geschäftlich _____
Mobil _____
Email _____
Beruf _____

ZAHLUNGSPFLICHTIGER (in der Regel Patient/in selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Tel. privat _____
Tel. geschäftlich _____
Mobil _____
Email _____
Beruf _____
Name Krankenkasse oder Versicherung _____

SIE SIND

- gesetzlich versichert privat versichert nicht versichert
 freiwillig gesetzlich versichert beihilfeberechtigt privat zusatzversichert

NAME, ANSCHRIFT HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

NAME, ANSCHRIFT HAUSZAHNARZT/HAUSZAHNÄRZTIN

HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ggf. Viruslast | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ggf. Blutverdünner | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Knochenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | ggf. Bisphosphonate / Knochentropf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja, wann _____ | | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja, wann _____ | | <input type="checkbox"/> nein |
| Lähmungen | <input type="checkbox"/> ja, seit wann _____ | | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs | <input type="checkbox"/> ja, seit wann und was? _____ | | <input type="checkbox"/> nein |
| Wie hoch ist Ihr Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Niedrig | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Hoch |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja, SSW _____ | | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl / Tag / Jahre _____ | | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige Mitteilungen an uns, z.B. andere Krankheiten

Sind Sie Angstpatient/in? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und wie oft? ja nein

Haben Sie eine Medikamentenliste? ja nein

Gibt es allergische Reaktionen auf Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich an meinen Termin telefonisch, per Post, per E-Mail oder per SMS erinnert werde

ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

DÜRFEN WIR SIE ÜBER UNSERE WEITEREN MÖGLICHKEITEN INFORMIEREN?

- Vitamin- / Aufbauinfusionen
- Ästhetische Behandlungen
- Anti-Aging Behandlungen
- Ernährungsberatung
- Zahnreinigung / Prophylaxe
- Blutwertanalysen
- Laserbehandlungen
- Hautuntersuchungen

Zu allen angebotenen Leistungen berät Sie unser Team gerne.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN ZUR ÜBERMITTLUNG VON BEHANDLUNGSDATEN UND BEFUNDEN (§ 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Praxis Dr. med. T. Franke weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt, Zahnarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Berlin, den _____

Datum / Unterschrift Patient/in oder des Erziehungsberechtigten

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben)
Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzregelungen.