



## Anmeldeformular / Anamnesebogen

### Angaben zur Person:

Patient (Name, Vorname) Geburtsdatum

Versicherter (Name, Vorname) Geburtsdatum

Krankenversicherung

Anschrift: Straße / Nr. PLZ / Wohnort

Telefon / Fax\* Handy-Nr. \*

E-Mail\* Beruf\*

\*freiwillige Angaben

### Gesundheitsfragebogen:

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Die Fragen 1 – 19 dienen der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie sie gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen haben, wenden Sie sich an unsere Arzthelferinnen oder die Sprechzimmer-Assistenz.

- |  | Ja / Nein             |                       |   | Ja / Nein             |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Haben Sie Bluterkrankungen? Oder abnorme Blutungsneigung (z. B. nach Verletzungen)?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie manchmal Atemnot oder Bauchschmerzen?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Besteht bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Müssen Sie oft husten? Husten Sie manchmal Blut oder Schleim? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Leiden Sie an Grünem Star (Glaukom)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Leiden Sie an Asthma?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Leiden Sie an Diabetes?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Haben Sie ein Prostataleiden?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18. Hatten / haben* Sie ein Leber-leiden (Gelbsucht / Hepatitis)? (Zutreffendes bitte unterstreichen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Haben Sie ein Schilddrüsenleiden?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19. Hatten / haben* Sie Tuberkulose (Tbc)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Ja / Nein

Ja / Nein

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

11. Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Leiden Sie an AIDS?  Ja  Nein  
Oder sind Sie HIV positiv?  Ja  Nein  
21. Waren Sie in letzter Zeit in  
ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Oder hat sich Ihr Gesundheits-  
zustand allgemein  
verschlechtert?  Ja  Nein

12. Reagieren Sie  
überempfindlich auf  
irgendwelche Substanzen /  
Arzneien?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Sind jemals Probleme bei  
ärztlichen Behandlungen  
aufgetreten?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Haben Sie Allergien?  Ja  Nein  
Wenn ja, wogegen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Haben Sie Angst vor einer  
Behandlung?  Ja  Nein  
24. Oder gibt es Erlebnisse mit  
Behandlungen, über die Sie mit  
uns sprechen wollen?  Ja  Nein

14. Leiden Sie an Rheuma?  
Oder anderen Knochen- bzw.  
Gelenkproblemen?  Ja  Nein

25. Halten Sie es für nützlich,  
wenn wir Sie über neue  
Erkenntnisse zur  
Gesunderhaltung informieren?  Ja  Nein

15. Leiden Sie oft an  
Kopfschmerzen?  Ja  Nein  
Oder Verspannungen im  
Gesichts- / Nackenbereich?  Ja  Nein

26. Möchten Sie, dass wir Sie  
regelmäßig an Impfungen,  
Vorsorgeuntersuchungen u. ä.  
erinnern?  Ja  Nein

16. Würden Sie sich als nervös  
oder stressanfällig bezeichnen?  Ja  Nein

Wenn ja, wie sollen wir Sie informieren?  
Per  
 Telefon  Fax  E-Mail  SMS

17. Sind Sie schwanger?  
 Ja  Nein  weiß nicht  
(Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft  
mit.)

27. Möchten Sie regelmäßig  
über Neuerungen in der Praxis  
informiert werden?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie sollen wir Sie informieren?  
Per  
 Telefon  Fax  E-Mail  SMS

Datum / Unterschrift