

Sollten Sie ärztliche Befunde, Röntgenbilder dabei haben, so geben Sie diese bitte **vor** der Behandlung an der Anmeldung ab.

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Um eine genaue Therapie planen und mögliche Risiken beziehungsweise Komplikationen abwägen zu können, ist es für uns von größter Wichtigkeit, Ihren genauen Gesundheitszustand zu kennen. So können wir uns individuell auf Sie einstellen und mögliche Risiken vermeiden. Dieser Fragebogen ersetzt natürlich nicht das ärztliche Gespräch, sondern dient als Grundlage für die folgende Untersuchung. Hier können Sie dann Fragen stellen und Wünsche für die Versorgung äußern. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns selbstverständlich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Persönliches

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Telefon privat	Telefon mobil
E-Mail	Beruf
Hausarzt	Arbeitgeber
Krankenkasse	
Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Privat versichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Basistarif <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ/Ort

bitte wenden!

Allgemeiner Gesundheitszustand

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen?

Wurden sie bereits einmal am Hals-, Nasen-, Ohrenbereich operiert? ja nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Blutverdünner, ASS) ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor?

ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wurden Allergien getestet? ja nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des...

Herzens (z.B. Angina pectoris) ja nein

Leber (z.B. Hepatitis/Gelbsucht) ja nein

Nieren ja nein

Schilddrüsen ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Gelenke (z.B. Rheuma) ja nein

Lunge ja nein

Haben oder hatten Sie...

Hohen Blutdruck ja nein

Erhöhte Blutfettwerte ja nein

Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) ja nein

Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, HEPATITIS/HIV) ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Krebserkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, welcher Monat?

Hiermit bestätige ich, die vorangehenden Angaben korrekt und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Datum

Unterschrift
