

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo  
— hier —

## Anamnese

### Patient

Männlich  Weiblich  Divers

Titel: \_\_\_\_\_

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Über wen ist der Patient  
versichert? \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis  
stehen Sie zum Patient? \_\_\_\_\_

### Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Versicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Gesetzlich versichert  Privat versichert

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  Basistarif

Tarif: \_\_\_\_\_

Gesetzlich pflichtversichert

Gesetzlich freiwillig versichert

### Allgemeine Angaben

Ihr Beruf: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Haben Sie einen Hausarzt?

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Größe (in cm): \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo  
— hier —

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis?

Akute Beschwerden  Vorsorgeuntersuchung / Check-up  Hautkrebsvorsorgeuntersuchung  
 Routinekontrolle / Nachkontrolle  Allergiesprechstunde  Sonstige Besuchsgründe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Gesundheitliche Angaben

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Ja  Nein

Welcher Typ?

Typ 1  Typ 2

HbA1c Wert: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma?

Ja  Nein

Welche Atemwegserkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nervenerkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, ADHS)?

Ja  Nein

Welche Nervenerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Ja  Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung?

Ja  Nein

Welche Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Lebererkrankung?

Ja  Nein

Welche Lebererkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Ja  Nein

Welche Schilddrüsenerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Grünen Star (Glaukom)?

Ja  Nein

Haben Sie eine Tumorerkrankung oder erhalten Sie eine Chemo- / Strahlentherapie?

Ja  Nein

Welche Tumorerkrankung und Therapieform? \_\_\_\_\_

Haben Sie zurzeit eine Infektion (z.B. Erkältung, Magen-Darm-Infektion)?

Ja  Nein

### Herzerkrankungen

Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt, Rhythmusstörung)?

Ja  Nein

Welche Herzerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Bluthochdruck?

Ja  Nein

Hatten Sie eine Herzoperation?

Ja  Nein

Welche Herzoperation und wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja  Nein

Haben Sie sonstige Herzerkrankungen?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

Haben Sie Hepatitis?

Ja  Nein

Welche?

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  Hepatitis D  Hepatitis E

Ausgeheilt?

Haben Sie eine HIV-Infektion / Stadium AIDS?

Ist die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze für HIV-Infektionen?

Haben Sie Tuberkulose?

Haben Sie Krankenhauskeime (z.B. MRSA, VRE)?

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Creutzfeldt-Jakob (CJk) Variante?

Ja  Nein

Haben Sie sonstige Infektionskrankheiten?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

### Hautgesundheit

Haben Sie eine Hauterkrankung (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)?

Ja  Nein

Welche Hauterkrankung? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie leicht einen Sonnenbrand?

Ja  Nein

Sind bei Ihnen Pigmentstörungen aufgetreten (z.B. Vitiligo, helle Flecken, dunkle Flecken)?

Ja  Nein

Sind bei Ihnen schon einmal Wundheilungsstörungen aufgetreten?

Ja  Nein

Neigen Sie zu empfindlicher Haut (z.B. Ausschlag, Juckreiz, Rötungen)?

Ja  Nein

Hatten Sie schon einmal eine Hautbehandlung (z.B. Laserbehandlung, chemisches Peeling)?

Ja  Nein

Welche Hautbehandlung? \_\_\_\_\_

Sind bei der Hautbehandlung Komplikationen aufgetreten?

Ja  Nein

Welche Komplikationen sind bei der Hautbehandlung aufgetreten?

Haben oder hatten Sie eine Herpesinfektion (z.B. Gürtelrose, Lippenherpes, Genitalherpes)?

Ja  Nein

Welche Herpesinfektion? \_\_\_\_\_

### Weitere gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie längere Blutungszeit nach Verletzungen?

Ja  Nein

Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

Welche Allergien? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo  
— hier —

Haben Sie andere nicht aufgeführte Krankheiten?

Ja  Nein

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?

Ja  Nein

Welche Substanzen und wie oft? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Ja  Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger / Könnten Sie schwanger sein?

Ja  Nein

In welchem Monat? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen oder haben Sie Fragen?

### Weitere Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung  Google  Facebook  Instagram  Jameda  
 Online Terminbuchung (z.B. via Doctolib oder Dr. Flex)  Zeitschrift  Posteinwurfsendung  Außenwerbung

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_