

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? _____

Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

In welchem Verhältnis
stehen Sie zum Patient? _____

Versicherter (Falls abweichend vom Patienten)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Handynummer: _____

Versicherung

Name der Versicherung: _____

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

☐ Gesetzlich pflichtversichert

☐ Gesetzlich freiwillig versichert

☐ Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Zusatzversicherung: _____

Tarif: _____

Allgemeine Angaben

Ihr Beruf: _____

Haben Sie einen Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Hausarztes: _____

Adresse des Hausarztes: _____

Größe (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

BMI: _____

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?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine HIV-Infektion / Stadium AIDS?

☐ Ja ☐ Nein

Ist die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze für HIV-Infektionen?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Tuberkulose?

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

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 eine 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: