

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 / Schmerzen Erstuntersuchung Neupatient/in Routinekontrolle / Nachkontrolle
 Befundbesprechung Arbeitsunfall 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? _____

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

Ihr Praxis Logo
— hier —

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? _____

Orthopädische Vorgeschichte

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?

Ja Nein

Welche und wann? _____

Wurden Sie schon einmal am Bewegungsapparat operiert?

Ja Nein

Was wurde operiert und wann? _____

Haben Sie eine rheumatische oder entzündliche Gelenkerkrankung (z. B. Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)?

Ja Nein

Welche rheumatischen Erkrankungen haben Sie?

Besteht Osteoporose oder eine Knochenerkrankung?

Ja Nein

Haben Sie Implantate am Bewegungsapparat (z. B. Gelenkprothesen, Schrauben, Platten)?

Ja Nein

Wo haben Sie das Implantat? _____

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

Haben Sie andere nicht aufgeführte Krankheiten?

Ja Nein

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

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

Ihr Praxis Logo
— hier —

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
- Behandelnder Arzt: _____
- Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? Ja Nein
- Welche Substanzen und wie oft? _____
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
- Welche Sportart betreiben Sie? _____
- Wie häufig pro Woche? _____
- Sind Sie schwanger / Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein
- In welchem Monat? _____
- 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: 