

Anamnesebogen

Bitte sorgfältig ausfüllen

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter

Name Tel. Nr. privat
Vorname Tel. Nr. mobil
Geburtsdatum Tel. Nr. gesch.
.....
PLZ/Wohnort E-Mail
.....
Straße
Größe Beruf/Tätigkeit
Gewicht Arbeitgeber

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

(Zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen/ergänzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?
Asthma/Chronische Bronchitis () Ja () Nein
Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder
Spritzen () Ja () Nein
Welche?
Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher) () Ja () Nein
Hoher Blutdruck () Ja () Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) () Ja () Nein
Leberkrankheiten (Hepatitis, Fettleber, Zirrhose, Gelbsucht) () Ja () Nein
Nierenerkrankungen (Nierenschwäche, Nierensteine) () Ja () Nein
Krebserkrankungen, auch ausgeheilte () Ja () Nein
welche/wann?
Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen () Ja () Nein
Ohnmacht- oder Krampfanfälle, Schlaganfall () Ja () Nein
Rheuma () Ja () Nein
Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis) () Ja () Nein
Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden () Ja () Nein
2. Bestehen zurzeit andere Erkrankungen () Ja () Nein
Welche? (ggf. auch Rückseite nutzen)
.....
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente () Ja () Nein
welche? (ggf. auch Rückseite nutzen)
.....
4. Sind Sie SARS-Cov2 geimpft? () Ja () Nein
Benötigen Sie Informationen zur Impfung? () Ja () Nein

Bitte Rückseite beachten und unterschreiben

Anamnesebogen

Bitte sorgfältig ausfüllen

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter

5. Rauchen Sie? () Ja () Nein
Wie viele Zigaretten täglich?
6. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie an fällige Untersuchungen
sowie Impfungen oder Folgeimpfungen erinnern? () Ja () Nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Laufe der Behandlung bei uns kann es notwendig sein, sowohl Laboruntersuchungen selbst durchzuführen und Befunde inklusive der Laborergebnisse aus früherer Zeit von Kliniken und von Ärzten anzufordern sowie diese an mitbehandelnde Ärzte weiterzuleiten (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V).

Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit mein stets widerrufbares Einverständnis zur Anforderung und Weiterleitung der bei mir im Rahmen der Behandlungen erhobenen Befunde (z. B. stationäre Aufenthalte, ambulante Behandlungen, Befunde bildgebender Verfahren etc.) durch die Praxis WereMed, um eine umfassende Behandlung zu gewährleisten.

Datum

Unterschrift