

## Patientenaufnahme / Anamnese

Lieber Patient, Liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis

Aufgrund der arztl. Schweigepflicht, welcher wir unterliegen, bestätigen Sie uns hiermit, dass wir ihre uns vorliegenden Daten bearbeiten und bei Bedarf an Weiterbehandlungsstellen wie Radiologen, Laborgemeinschaften, etc., weiter reichen dürfen. Sie können ihre Angaben jederzeit widerrufen.

Außerdem dient es zur Behandlungsoptimierung für Sie.

### Personliches

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.privat \_\_\_\_\_

Tel.mobil \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Leiden Sie an Erkrankungen des...

Herzens  ja  nein

Niere  ja  nein

Schilddrüse  ja  nein

Magen-Darm  ja  nein

Leber  ja  nein

Gelenke  ja  nein

Blutdruck  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Haben Sie Erkrankungen, die oben noch nicht aufgeführt würden?  ja  nein

**Wenn ja, welche?**

---

Leiden Sie an Allergien oder Medikamentenunverträglichkeit?  ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Welche Medikamente nehmen Sie ein, ggf. Medikamentenplan einreichen:

---

---

Sind Sie Raucher ?

ja  nein

Konnte eine Schwangerschaft bestehen?

ja  nein

Bottrop, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten