

**Anamnese - Fragebogen Erwachsene**

Name, Vorname:	Mobil:
Straße, Hausnummer:	Mailadresse:
Postleitzahl, Ort:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	Hausarzt:

*Geben Sie bitte eine Telefonnummer an, damit wir Sie bei Rückfragen erreichen können!*

Versicherung: <input type="checkbox"/> privat      Tarif: <input type="checkbox"/> gesetzlich (regulär Abrechnung 2,3- bis 3,5-facher Satz)
Krankenkasse:

**Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam gemacht?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Sprechberuf?**  ja     nein

**Leiden oder litten Sie an einer Grunderkrankung?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen über – oder Unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                          | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Gelenke               |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten ( z B. TBC, HIV) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                      |
| <input type="checkbox"/> Asthma /COPD                           | <input type="checkbox"/> Glaukom                                |
| <input type="checkbox"/> Reflux                                 | <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Epilepsie                 |
- Weitere Erkrankung:

**Haben Sie Implantate?**  ja     nein      Wenn ja, welche:

**Erfolgt eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?**

ja, welche:

**Sind schon Operationen erfolgt?**  ja       nein

Welche / wann:

**Leiden Sie an Allergien?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pollen         | <input type="checkbox"/> Tierhaare       |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Milben          |
| <input type="checkbox"/> Medikamente    | <input type="checkbox"/> Bienen o. Wespe |

Weitere Allergien:

Ist eine Testung schon erfolgt?  ja    (wann:      durch Pricktestung / Blutabnahme)

**Unser Erinnerungssystem ermöglicht es uns, Sie an den Termin und erneute Vorstellungen zu erinnern (per Mail o. SMS). Geben Sie dafür bitte eine Mailadresse oder Handynummer an und stimmen Sie dem Service zu.**

Ich stimme zu.       Ich stimme nicht zu.

**Ich habe die in der Praxis ausliegenden Hinweise zum Datenschutz (DSGVO) zur Kenntnis genommen.**

**Hiermit erteile ich das Einverständnis zum sicheren Informationsaustausch durch die behandelnde Ärztin Fr. Dr. Lindemann inklusive des Praxispersonals mit dem o.g. Hausarzt / dem überweisenden Arzt.**

Potsdam, den: \_\_\_\_\_

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