

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: privat Tarif: 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?

Diabetes
 Bluthochdruck
 Infektionskrankheiten (z B. TBC, HIV)
 Asthma /COPD
 Reflux

Schilddrüsen über – oder Unterfunktion
 Erkrankungen der Gelenke
 Krebserkrankungen
 Glaukom
 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?

Pollen
 Nahrungsmittel
 Medikamente

Tierhaare
 Milben
 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:_____