

# ANAMNESE

---



*„Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient*

*für unsere Behandlung  
können überstandene und  
aktuelle Erkrankungen von  
Bedeutung sein.*

*Daher bitten wir Sie die  
rechts stehenden Fragen  
in Ruhe zu beantworten.*

*Sollten Unklarheiten  
auftreten, wenden Sie sich  
bitte an uns.“*

---

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja  Warum? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine Infektionserkrankung  
(Hepatitis, HIV, etc.)?

Nein  Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein  
(Medikamenten-Pass)?

Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien (Allergie-Pass)?

Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Herz- oder Kreislauferkrankung?

Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Schlaganfall?

Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine künstliche Herzklappe oder eine  
Endoprothese?

Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie die Rückseite.**

---

*„Da wir übermäßige Wartezeiten vermeiden wollen, sind wir bemüht die Termine möglichst genau für Sie zu planen. Sollten Sie Ihren geplanten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns spätestens 24 Stunden vorher darüber zu informieren.  
Da es bei nicht abgesagten Terminen zu Ausfallzeiten in der Behandlung kommt, erheben wir bei wiederholtem Vorkommen eine Ausfallentschädigung von 20 € die, wir Ihnen in Rechnung stellen.“*

---

Leiden Sie an Asthma?

Nein  Ja

Haben Sie Diabetes?

Nein  Ja

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Nein  Ja  Welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Nervenerkrankung (Depression, Epilepsie, Parkinson, etc.)?

Nein  Ja

Rauchen Sie?

Nein  Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift