



## Anamnesebogen

(Erhebung der Patientendaten)

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke**

**Name, Vorname:** ..... **Geburtsdatum:** .....

**Beruf:** ..... **Telefon:**..... **Mobil:** .....

**E- Mail- Adresse:** .....

**Ich bin versichert bei:** .....

**Es besteht eine Zusatzversicherung (Wahlleistungen) für stationäre Behandlungen:**  nein  ja

**Bei Versicherung:** .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in unsere Praxis?

.....

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

.....

Ist bereits eine Therapie eingeleitet worden (z.B. Schmerzmittel/ Antibiotikum?)

vom Arzt  von mir selbst  nein

Name des Medikaments:.....

Sind bei Ihnen bereits Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

nein  ja .....

Sind bei Ihnen Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

nein  ja .....

Leiden Sie unter Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

nein  ja .....

Körpergröße:..... Gewicht:.....

Bekommen Sie leicht blaue Flecken?

nein  ja

Nehmen Sie Gerinnungshemmer? Wenn ja, welche?

nein  ja.....

Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung? Wenn ja, welche?

nein  ja.....

Besteht bei Ihnen Drogenkonsum?

nein  ja.....

**bitte wenden →**



Rauchen Sie?  nein  ja (Anzahl Zigaretten pro Tag.....)

Trinken Sie Alkohol?  viel  mäßig  wenig  gar nicht

Bei Frauen: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?

nein  ja (Woche.....) Stillen Sie? .....

Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt, wie z.B. Herz, Lunge, Leber o.a.?

Sind bei Ihnen psychische/psychiatrische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

nein  ja .....

sonstige Erkrankungen: .....

Medikamente, die Sie regelmäßig nehmen/ nehmen sollten:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Sind Sie im HNO-Bereich schon einmal voroperiert worden? (OP, Jahr, Krankenhaus)

**WICHTIG : Entbindung der Schweigepflicht**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen übermittelt werden dürfen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Hausarzt .....  
 (Name, Anschrift)

bestimmte Personen .....  
 z.B. Partner, Kind(er), Betreuer

weiterbehandelnde Ärzte  Krankenhaus  für Privatärztliche Verrechnungs-  Krankenkasse  
 stelle (bei IgeL)

Datum, Unterschrift:.....  
 (Patient)

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben

Datum, Unterschrift:.....  
 (Patient)