

Patienten-Erfassungsbogen / Anamnesebogen

Herzlich willkommen in meiner Praxis! Sie können diesen Bogen entweder ausdrucken und per Hand ausfüllen oder direkt am Computer/Tablet ausfüllen. Bringen Sie den Bogen ausgedruckt zum Termin mit oder senden Sie ihn mir vorab per E-Mail zu. Alle Daten unterliegen der strengen therapeutischen Schweigepflicht.

1. Persönliche Daten

- **Name, Vorname:**
- **Geburtsdatum:**
- **Geburtsort:** **Geburtszeit:**
- **Geschlecht:**
- **Straße, Hausnr.:**
- **PLZ, Ort:**
- **Telefon (Mobil):** **Telefon (Festnetz):**
- **E-Mail-Adresse:**
- **Beruf:** **Krankenkasse:**
- **Größe:** **Gewicht:**
- **Haustiere:**
- **Augenfarbe:**
- **Trinkmenge pro Tag:**
- **Allergien:**
- **Blutdruck (bekannte Werte):**
- **Hobbys:**

2. Rechtlicher Hinweis / Erreichbarkeit

- **Im Notfall zu benachrichtigende Person (Name, Telefon):**
- **Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?**

3. Medizinischer Hintergrund & Aktuelle Beschwerden

- Was ist Ihr aktuelles Hauptanliegen / Welche Beschwerden haben Sie?
- Seit wann bestehen diese Beschwerden?
- Befinden Sie sich deswegen aktuell in ärztlicher Behandlung?
- Nehmen Sie aktuell regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?
- Falls ja, welche:
- Liegen bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten vor?
- Besteht aktuell eine Schwangerschaft? (Falls zutreffend)

4. Wichtige Vorerkrankungen (Bitte ankreuzen, falls zutreffend)

Bluthochdruck / Herzbeschwerden

Diabetes mellitus

Krebserkrankungen

Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV)

Schilddrüsenerkrankungen

Sonstige Vorerkrankungen

Operationen in den letzten Jahren:

5. Einverständnis

1. **Schweigepflicht & Datenschutz:** Ich stimme zu, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und nur zum Zweck meiner Behandlung gemäß DSGVO gespeichert werden.
2. **E-Mail-Übermittlung (Wichtig für den Online-Versand):** Sofern ich diesen Bogen unverschlüsselt per E-Mail an die Praxis zurücksende, bin ich mir der damit verbundenen Sicherheitsrisiken (Dateneinsicht durch Dritte im Internet) bewusst und willige in diesen Übertragungsweg ausdrücklich ein.

Ort,

Datum:

Unterschrift / Name des Patienten: