



Anamnesebogen
 (Erhebung der Patientendaten)

2A FB-06

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:

Grad der Behinderung in % (SGB IX) : Pflegegrad:

Körpergröße: Gewicht:

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

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

Hatten Sie in der letzten Zeit Fieber? Ja / Nein

Hatten Sie bereits eine Corona-Infektion? Ja / Nein Wenn ja, wann?

Hatten Sie bereits eine Corona-Impfung? Nein

Ja, mit welchem Impfstoff? _____ 1. Impfung am: _____ / 2. Impfung am: _____

Booster-Impfung mit: _____ am: _____

Medikamente, die Sie regelmäßig nehmen/ nehmen sollten:

Haben Sie von ihrem Hausarzt einen Medikationsplan? Bitte geben Sie diesen an der Anmeldung ab!

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

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

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)

überweisender Arzt:
(Name, Anschrift)

bestimmte Personen
z.B. Partner, Ehemann/Ehefrau, Kind(er), Betreuer o.ä.. Wichtig! (Namen, Vornamen eintragen)

weiterbehandelnde Ärzte/ Krankenhaus

Hinweis zum Datenschutz

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz als Anlage erhalten und verstanden.
Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift:
(Patient)