

## **Praxis am Kurpark Bad Langensalza**

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen sie diesen Anamnesebogen sorgfältig vor Ihrem ersten Gespräch mit der Ärztin in unserer Praxis aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Sollten Sie beim Ausfüllen Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Allgemeine Angaben:						
Name:	Vorname:	Gebur	tsdatum:			
Telefon:	Mobil:	Mobil: E-Mail:				
Beruf:	tätig bei:					
Nur für Privatpatienten:						
Name der Krankenkasse:		Basistarif: □	Standardtarif:			
Schwerbehinderung (Grad/Merk	male/vorhandene Hilfsmi	ttel):				
Zuzahlungsbefreiung: ja   r	nein 🗆					
Pflegestufe: Pflegedienst (Name/Ort):						
Sie leben allein ☐ mit (Ehe	e)partner/in 🗆 💮 mit e	erwachsenen Kindern	□ sonstiges □			
Größe: Gewicht:						
Folgende Person(en) darf/dürfe zu benachrichtigen. Es liegt eine						
Name:	Telefon:	Vollma	acht vorhanden:			
Bisherige Erkrankungen und	Beschwerden:					
Welche Erkrankungen und Bescheitte Zutreffendes ankreuzen bz		auf oder sind aktuell	vorhanden?			
☐ Thrombose ☐ Hepatiti	s (Gelbsucht)   Bluthoo	chdruck 🗆 Grauer S	tar 🗆 Grüner Star			
☐ Schwerhörigkeit ☐ Diabete	s mellitus	ungshemmungen				
☐ Hormonstörungen (Hormonth	nerapie 3-Monats-Depot-I	njektion)				

☐ Herz-/Kreislauferkrankungen	Welche?			
☐ Nierenerkrankungen (Dialyse)				
☐ Lungen-/Atemwegserkrankungen				
☐ Allergien				
☐ Schilddrüsenerkrankungen				
☐ Gelenkerkrankungen/Rheuma				
andere Erkrankungen				
Operationen:		Krankenhaus:		Jahr:
			-	
Für durchzuführende radiologische ggf. Erläuterungen):	Untersucl	nungen bitten wir um f	olgende	Angaben (ja/nein,
☐ Kontrastmittelallergie				
<ul> <li>Metall im Körper (künstl. Gelenke, Prothesen, Zahnersatz, Piercing u. ä.)</li> <li>Herzschrittmacher</li> </ul>				
□ Platzangst				
☐ Schwangerschaft				
Medikamente:				
Bitte teilen Sie uns mit, Medikamente ( einnehmen und übergeben Sie uns gg	(genaue Be f. Ihren Ein	ezeichnung) Sie regelmä nahmeplan.	ıßig oder	gelegentlich
ASS (regelmäßig) ja □ nein □	□ F	alithrom (regelmäßig)	ја 🗆	nein 🗆
	<del> </del>			

Familiena	namnese:					
Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie vorgekommen? Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. genauer erläutern.						
□ Zuckerl	krankheit	☐ Herzinfarkt	☐ hoher Bluthochdruck			
☐ Krebsleiden: wenn ja, wer und welches Organ:						
□ sonstig	e Erkrankungen:					
Rauchen Sie oder haben Sie geraucht (wie viel, was, seit wann nicht mehr?						
Seit:	wie viel:	was:	seit wann nicht mehr:			
Alkohol	□ nein	wie viel:	was:			
Drogen	□ nein	wie viel:	was:			
Letzte Blu	ıtuntersuchung:	wann:				
Sonstige Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde:						

Wir bitten Sie, unser Praxisteam unverzüglich zu informieren, wenn sich Veränderungen oben gemachter Angaben ergeben haben.

Unterschrift Patientin/Patient

Ort, Datum