

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu  
Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben  
unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil:

Email:

Versicherung:

Zusatzversicherung?  ja  nein

Beruf:

Was ist der Grund für Ihren Besuch heute?

- Schmerzen
- Kontrolle
- Beratung
- Zweitmeinung
- Sonstiges

Wie sind Sie auf unsere Praxis  
aufmerksam geworden?

- Alt-Patient
- Internet
- Zeitungsartikel
- Empfehlung
- Sonstiges

Wer ist Ihr Hausarzt? Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Benachrichtigung,  
wenn Ihre Kontrolluntersuchung wieder fällig ist?  ja  nein

Allgemeine Gesundheitsfragen: Bitte zutreffendes **ankreuzen** und **unterstreichen**:

- Herz-/Kreislaufkrankungen? (Bluthochdruck, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Bypass, Stents, Herzschrittmacher oder sonstiges)  ja  nein
- Nehmen Sie Blutverdünner ein? (z.B. Plavix, Marcumar, Heparin, Xarelto, ASS oder sonstiges)  ja  nein
- Brauchen Sie eine Endokarditisprophylaxe?  ja  nein
- Blutgerinnungsstörung? (z.B. Hämophilie)  ja  nein
- Lungenerkrankungen? (z.B. Asthma, COPD, Tuberkulose)  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein
- Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis A, B, C, HIV, AIDS oder sonstiges)  ja  nein
- Augenerkrankungen? (Glaukom, grüner Star oder sonstiges)  ja  nein
- Anfallsleiden? (z.B. Epilepsie oder sonstiges)  ja  nein
- Osteoporose?  
Nehmen / Nahmen Sie Bisphosphonate ein?  ja  nein  ja  nein
- Diabetes? (Typ I oder Typ II)  ja  nein
- Allergien?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  vielleicht
- Rauchen? Wenn ja wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_  ja  nein
- Konsumieren Sie Drogen?  ja  nein
- Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannung, Rückenschmerzen, Tinnitus?  ja  nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente wenn ja, welche?  ja  nein

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter/in

**Datenschutzrechtliche  
Einwilligungs-erklärung** für die  
Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit.  
a, Art. 7 DSGVO (Muster)



**Patient/in:**

|              |  |
|--------------|--|
| Name         |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse      |  |

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck des Behandlungsverhältnisses durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Itzehoe, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter/Vertreterin