



Anamnesebogen

Persönliche Daten

Vollständiger Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Körpergröße in cm: _____

Handynummer: _____

Körpergewicht in kg: _____

Haben Sie Vorerkrankungen oder wurden Sie schon mal operiert? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Aktuelle Beschwerden

Seit wann? _____

Allgemeine Informationen

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Zigaretten

Zusätzliche Anmerkungen:

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine personenbezogenen Daten wie auch z. B. Anamnese, Diagnose, Befunde usw. verarbeitet, gespeichert und ggf. an Dritte wie z. B. Hausärzte, Kliniken, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen usw. weitergeleitet werden bzw. auch von Dritten angefordert werden können. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 11 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Unterschrift des Patienten