



Fragebogen für Neupatienten

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Erst-Termin bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten, VOARB per Post oder Email zu oder bringen Sie alles zu Ihrem Termin mit. Vielen Dank!

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/ Nr: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

weiblich männlich

Beziehungssituation: allein lebend verheiratet verpartnert Kinder

Berufliche Tätigkeit: _____, Wochenarbeitszeit: ____ h

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Rauchen: __Zig/Tag Alkohol: __/Woche

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja was/ wie viel?) _____

Allergien? nein ja _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? nein ja _____

Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)? ja nein Wenn ja, seit wann _____

Erkrankungen der Familie (bei Mutter/ Vater/ Geschwistern)

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankung (welche?)
- Neurodermitis/ Allergie/ Asthma
- Depression/ Nervenleiden
- Rheuma
- Sonstige _____

Erkrankungen bei Ihnen selbst und (seit) wann?

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankung (welche?)
- Neurodermitis/ Allergie/ Asthma
- Depression/ Nervenleiden
- Rheuma
- Sonstige _____

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen? (Wann? Was?):

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B. erhöhte Leber-, Nieren-, Blutzucker-, Cholesterinwerte, etc.) Wenn ja, bitte Laborwerte in Kopie anfügen.

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inkl. Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie-, Schlaftabletten etc.).

Medikament/ Nahrungsergänzungsmittel	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	b. Bedarf

Haben Sie zurzeit irgendwelche Beschwerden? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt Familie Bekannte(r) Internet Praxisschild
 Sonstiges

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Berliner Allee 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).

Ort, Datum

Unterschrift