

## Anamnesebogen

### Patient

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
**Geburtsort:**  
Adresse:  
E-Mail privat:

### Wer ist Hauptversicherter?

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

### Telefonnummern

Privat:  
Mobil:  
Geschäftlich:  
Beruf:

### Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:  
Adresse:  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an einer Allergie? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? \_\_\_\_\_ ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja  nein

Haben Sie einen hohen / niedrigen Blutdruck? ja  nein

Haben Sie Osteoporose? ja  nein

Haben Sie Diabetes? ja  nein

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikament zur Behandlung der Osteoporose) ein? ja  nein

Leiden Sie an Anfallsleiden / Epilepsie? ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? \_\_\_\_\_ ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? Medikamentenliste vorhanden? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja  nein

Leiden Sie unter Migräne? ja  nein

Haben Sie grünen Star? ja  nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja  nein

Rauchen Sie? ja  nein

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_ . SSW ja  nein

sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_ ja  nein

Praxis Dr. Julia Kühn  
Hindenburgstraße 15b 35683 Dillenburg  
Tel 02771 6242

Recall

O ja, ich möchte an meinen Termin zur Vorsorgeuntersuchung erinnert werden

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

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Google

Jameda

Facebook

Gesundheitskompass

Empfohlen von: \_\_\_\_\_

Liebe Patienten,

wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Das erspart lange Wartezeiten und wir sind a Termin nur für Sie da. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, geben Sie ihn bitte durch Ihre rechtz wieder frei. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werd pro angefangene Stunde in Rechnung stellen müssen.

Darüber hinaus möchten wir Sie bitten, ihre Versichertenkarte immer bei uns vorzulegen, damit die erbrachten Leistung werden können. Sollte die Versichertenkarte innerhalb von 10 Tagen, nach der letzten Behandlung, nicht nachgereicht Ihnen eine Privatrechnung gemäß § 8 Abs. 2 BMV Z, privat, in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit! Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Dillenburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient