

## Anamnesebogen

Name: ..... geb.: .....

PLZ, Ort: ..... Straße: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um eine reibungslose Kommunikation gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, die  
obigen Daten, welche wir Ihrer Krankenversicherungskarte entnommen haben, auf Richtigkeit zu  
überprüfen und uns Ihre Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen.

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Rezeptanfragen und Terminvergaben sind bei uns online über die Homepage möglich.  
Bei Interesse sprechen Sie uns bitte an!**

Bitte nennen Sie uns Ihre Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten  
damit wir die Angaben zu Ihrer Sicherheit mit unseren Daten abgleichen können.

Ja  Nein wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein, deren Einnahme uns noch nicht bekannt ist?

Ja  Nein wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Oder besuchen Sie uns heute das erste Mal? Dann haben Sie vielleicht einen  
Medikamentenplan von Ihrem bisherigen Hausarzt dabei?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft, oder stillen Sie?

Ja  Nein

Gibt es andere wichtige Angaben, welche wir in Ihrem Interesse in unserem Datensystem  
speichern sollten? Zum Beispiel: Chronische Infektionen, oder die Bereitschaft zur Organspende,  
oder ist schon einmal ein Organ transplantiert worden?

Gibt es eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht?

Ja  Nein

Bringen Sie bitte bei Ihrem nächsten Besuch Ihren Impfpass mit.

Wenn Sie **nicht** an Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen erinnert werden möchten, teilen  
Sie uns dies gerne mit.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Büchen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_