

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine genaue Therapie planen und mögliche Risiken bzw. Komplikation abwägen zu können, ist es für uns von größter Wichtigkeit, Ihren genauen Gesundheitszustand zu kennen. So können wir uns individuell auf Sie einstellen und mögliche Risiken vermeiden.

Dieser Fragebogen ersetzt natürlich nicht das ärztliche Gespräch, sondern dient als Grundlage für die folgende Untersuchung. Hier können Sie dann Fragen stellen und Wünsche für die Versorgung äußern.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer Einverständniserklärung an dritte Personen wie Hausärzte weitergegeben.  
 Vielen Dank!

### Persönliches :

Name	
Vorname	
Geburtstag	
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Tel. privat	
Tel. mobil	
E-Mail	
Beruf	
Arbeitgeber / Ort	
Krankenkasse	
Gesetzlich versichert	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Privat versichert	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn Privat: Beihilfeberechtigt	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hausarzt-/in (Bitte Anschrift):	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	
Vorname	
Geburtstag	
Straße / Nr. / PLZ / Ort	

\* Freiwillige Angabe

Allgemeiner Gesundheitszustand:

Was ist der Grund Ihres Besuches und **seit wann** bestehen die Beschwerden?

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, weswegen?

Wurden Sie bereits einmal im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich operiert? Ja  Nein   
Wenn ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Blutverdünner, ASS) ein?  
Ja  Nein  Wenn ja, welche?

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor? Ja  Nein   
Wenn ja, gegen welche?

Leiden Sie an Allergien? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
 Gräser/Blütenpollen  Baumpollen  
 Tierhaare  Hausstaubmilben  
 Nahrungsmittel  weitere:

Leiden Sie an Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Bluthochdruck, Diabetes)?  
Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?

Liegen Infektionskrankheiten (z. B. Tbc, Hepatitis, AIDS/HIV) vor? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?

Liegt eine Krebserkrankung vor? Ja  Nein   
Wenn ja, welche?

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?  
Ja  Nein  Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft?  
Ja  Nein  Wenn ja, welcher Monat?

Hiermit bestätige ich, die vorangehenden Angaben korrekt und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum :

Unterschrift :

In eigener Sache :

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen  Überweisung  Internet

Telefon- / Branchenbuch  Sonstiges :

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

Ja  Nein

\* Freiwillige Angabe