

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. 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!

---

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

---

Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
---------------------	----------	---------

---

Email Adresse	Beruf	Hausarzt
---------------	-------	----------

Rauchen Sie?     nein     ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_    Seit wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Schlafstörungen?     nein     ja    Schnarchen Sie?     nein     ja

Operationen im HNO Bereich?     nein     ja, welche: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien?     nein     ja, welche: \_\_\_\_\_

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor?     nein     ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?     nein     ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- Bluthochdruck     Gefäßerkrankung     Herzerkrankung     Diabetes mellitus     Augenerkrankung  
 Lebererkrankung     Nierenerkrankung     Schilddrüsenerkr.     Asthma / COPD     Migräne  
 Krebserkrankung     Hepatitis / HIV     Sonstige

---

Datum

Unterschrift