

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Dies erleichtert uns die Untersuchung und eine eventuell folgende Behandlung, denn nur so können wir diese gezielt und individuell mit Ihnen abstimmen. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam

Persönliches

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Tel. mobil
E-Mail	Beruf
Größe	Gewicht
Krankenkasse	

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesetzlich versichert | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Privat versichert | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Privat zusatzversichert | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Versicherter:

Name/Vorname
Straße/Nr.
PLZ/Ort

Ist auch Rechnungsadresse ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, dann:

Name/Vorname
Straße/Nr.
PLZ/Ort

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in der wievielten Woche?

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ von Bekannten empfohlen
- ☐ Telefon- / Branchenbuch
- ☐ Internet
- ☐ Sonstiges

Newsletter: Klinische Studien und Praxisnewsletter

Auf Wunsch informieren wir Sie einmal pro Quartal per E-Mail über klinische Studien in unserer Praxis.

☐ Ja, ich möchte gerne per E-Mail über klinische Studien informiert werden.

Einmal pro Quartal informieren wir Sie auf Wunsch über verschiedene Behandlungen, Veranstaltungen und Events, die in unserer Praxisklinik stattfinden. Darüber hinaus erhalten Sie von uns Informationen zu innovativen, neuen Therapien und praktische Tipps, wie Sie Ihrer Haut in Sachen Gesundheit und Beauty etwas Gutes tun können.

☐ Ja, ich möchte Newsletter gerne per E-Mail abonnieren.

Beschwerden und Symptome

Zeigen sich Symptome bei Ihnen?

Wenn ja, welche?

(z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Schmerzen, ...)

Wie haben diese sich entwickelt? Haben sie sich gesteigert oder treten sie nur zeitweilig auf? Seit wann haben Sie diese Symptome?

Frühere Erkrankungen / weitere Erkrankungen

Besteht bei Ihnen ...

eine Allergie

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

eine Hauterkrankung

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

eine Venenerkrankung

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Fragen zur Familie

Sind Familienmitglieder ebenfalls daran erkrankt?

Wenn ja, wer?

Seit wann besteht die Erkrankung bei Ihrem Familienmitglied?

Fragen zu den allgemeinen Lebensumständen

Leiden Sie unter starkem (beruflichen und/oder privaten) Stress?

☐ ja ☐ nein

Wie gehen Sie mit Stressbewältigung um (z.B. Ablenken durch Sport, Austausch mit Freunden, ...)?

Allgemeine Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie?

☐ ja ☐ nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie häufig Stress?

☐ ja ☐ nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ ja ☐ nein

Essen Sie regelmäßig Obst/Gemüse?

☐ ja ☐ nein

Trinken Sie ausreichend?

☐ ja ☐ nein

Schlafen Sie ausreichend?

☐ ja ☐ nein

Bestehen folgende weitere Beschwerden/Erkrankungen:

Schilddrüse

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Herz-Kreislaufsystem

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Durchblutungsstörungen

☐ ja ☐ nein

Hoher Blutdruck

☐ ja ☐ nein

Lunge, Atemwege

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Magen-/Darmsystem

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nieren-/Harnsystem

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nerven, Knochen, Muskeln, Gelenke

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Diabetes

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Typ?

HIV (Aids)

☐ ja ☐ nein

Hepatitis

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Typ?

☐ A ☐ B ☐ C

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie bis vor Kurzem regelmäßig Medikamente eingenommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Datum

Unterschrift