

Erstbesuch / Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihren ersten Besuch bei uns in der Praxis und den Ablauf Ihrer Behandlung optimal vorzubereiten, bitte ich Sie freundlich, sich einen Moment Zeit zu nehmen und vorab folgende Fragen zu beantworten. Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt per Email vor Ihrem Termin zu. Falls das nicht möglich ist, bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Termin mit.

Patientin / Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Krankenkasse		

Versicherte Person

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Kontaktdaten

_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
_____	_____	_____
Telefonnummer (privat)	Telefonnummer (mobil)	Telefonnummer (geschäftlich)
_____	_____	_____
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber

Angaben zur Person

_____	_____
Größe	Gewicht
Rauchen Sie? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____
Treiben Sie Sport und bewegen Sie sich regelmäßig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Welche Sportarten? Wieviele Stunden pro Tag / Woche? _____	

DR. MED. KAI GRIMME
PRÄVENTIONS SPEZIALIST

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie schon einmal Infusionen bekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es dabei irgendwelche Komplikationen und wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen Allergien / (Medikamenten-)Unverträglichkeiten bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter chronischen Infekten? (Erkältungen / Magen-Darminfekte) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Wenn ja, welche (sofern erinnerlich mit Angabe des Jahres)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> niedriger Bluthochdruck | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Chronische Erschöpfung |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD | <input type="radio"/> Lebererkrankung | |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nierenerkrankung | |

Krebserkrankungen

Wenn ja, bitte benennen _____

DR. MED. KAI GRIMME
PRÄVENTIONS SPEZIALIST

Welche Beschwerden führen Sie aktuell in unsere Praxis? Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Gibt es hierzu Befunde?

Ja Nein

Wenn ja, was liegt Ihnen vor (Labor / Arztbrief, etc. (bitte mit Datum angeben)?

Ist diesbezüglich bereits eine Behandlung erfolgt?

Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Arzt Familie Bekannte(r) Internetsuche (Google etc.)
 Praxisschild Werbematerial Ärzteverzeichnis Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift