

# Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind wichtig für Ihre Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben am Ende des Dokuments.

## Persönliche Daten

---

Name, Vorname (Patient /-in)

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Telefon

Handy

E-Mail

---

Name der Versicherung / Krankenkasse

Beihilfe:  Ja  Nein

ZV:  Ja  Nein

## Gesundheitsfragen

1. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Blutverdünner / Bisphosphonate ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Haben Sie Allergien (z.B. Medikamente, Materialien)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Haben Sie einen Herzschrittmacher/Stent?

Ja  Nein

5. Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

6. Leiden Sie unter Blutungsneigung oder Gerinnungsstörungen?

Ja  Nein

7. Haben Sie künstliche Gelenke (z.B. Hüfte oder Knieprothese)?

Ja  Nein

Welches Gelenk: \_\_\_\_\_ Wann eingesetzt: \_\_\_\_\_

8. Haben Sie andere medizinische Bedingungen oder Erkrankungen?

Ja  Nein

(z.B. Diabetes, Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen)

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, bei Nichterscheinen oder bei Absagen, die weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, ein Ausfallhonorar von 80 € gemäß § 615 BGB zu berechnen!**

## Datenschutz und Einwilligung

Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und den neuen Bestimmungen des DSGVO.  
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu (siehe Aushang Wartebereich).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift