

# Herzlich willkommen in unserer Praxis!

wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte den nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise.

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Für Kassenpatienten: Bitte bringen Sie Ihre Krankenversichertenkarte zu Ihrem Besuch in unserer Praxis mit.

Liegt uns diese auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient/in betrachten. In diesem Fall erhalten Sie eine Rechnung nach der aktuellen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Wir sind eine Bestellpraxis und stets bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden vorher** abzusagen.

Wir sind berechtigt, **unentschuldigt versäumte Termine** auch bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem **Ausfallhonorar gemäß § 615 Abs. 1 BGB** in Höhe von **50 Euro** in Rechnung zu stellen.

Bitte bedenken Sie, dass **Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden** in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es gelegentlich zu **Zeitverzögerungen** kommen.

Haben Sie einen **Pflegegrad** ? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Zustimmung zur Speicherung personenbezogener Daten** gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO.

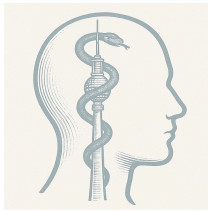
Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Die Infomappe über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie im Wartezimmer.

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle, Rechnungen etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/überweisenden Ärzte/Zahnärzte , Rechnungszentrum übermittelt werden.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



# Anamnesebogen

Hiermit bestätige ich, dass Sie mich namentlich aufrufen dürfen.

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen, auch Ihres Gesundheitszustandes, unaufgefordert mit.

Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis A,B,C, HIV, MRSA)?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein HIV Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen? Welche? (Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzklappe <input type="checkbox"/> )	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck)?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Nieren-, Blasen-, Leber-, Magen-, Darmerkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) Welche?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Blutkrankheit oder Blutgerinnungsstörungen? (Blutverdünner Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> )	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Gehirn- und Nervenerkrankungen? (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depressionen) Welche?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>

☐ andere: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Operationen / Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_

## Lebensstil

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐ Alkohol? Ja ☐ Nein ☐

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Körperliche Aktivität: \_\_\_\_\_

Stressbelastung: niedrig ☐ mittel ☐ hoch ☐

## Aktuelle Beschwerden

- Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_
- Wie äußern sich die Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schwindel, Lähmungen, Taubheit, Zittern)? \_\_\_\_\_
- Welche Körperstellen sind betroffen? \_\_\_\_\_
- Bestehen die Beschwerden ständig oder in Schüben? \_\_\_\_\_
- Gab es ein auslösendes Ereignis (z. B. Unfall, Infektion, Stress)? \_\_\_\_\_

## Familienanamnese:

Gab es in Ihrer Familie neurologische oder psychiatrische Erkrankungen?  
(z.B. Schlaganfall, Demenz, Epilepsie, Depression, Parkinson, MS)

Ja ☐ \_\_\_\_\_

Nein ☐

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_