

Anamnesebogen



Lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer anthroposophischen Schwerpunktpraxis.

Um notwendige Informationen im Vorwege dokumentieren zu können, möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Fragen zu beantworten. Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Angaben freiwillig sind.

Vor- und Nachname:

Telefon (Mobil):

Telefon (Festnetz):

E-Mail*:

**Ihre E-Mail-Adresse benötigen wir für das Angebot der Videosprechstunde und der Terminerinnerung!*

Berufliche Tätigkeit: Vollzeit Teilzeit Std.

Pflegegrad: nein ja:

Wichtig!

Möchten Sie über eine App Rezepte bestellen und/oder Befunde freigeschaltet haben?

ja nein

Mit welcher Fragestellung / Beschwerden kommen Sie zu uns?

.....

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

.....

Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Operationen durchgeführt? Falls ja, welche und ca. wann?

.....

Sind bei Ihnen Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen/Diabetes/ Bluthochdruck) bekannt? Falls ja, welche:

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche. (Gerne nehmen wir Ihren Medikamentenplan auf.)

.....

Sind bei Ihnen Medikamenten-/Kontrastmittelunverträglichkeiten bekannt? Falls ja, welche?

.....

Sind Sie	Schnarchen Sie?	Fühlen Sie sich ausgeschlafen?
<input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Nichtraucher		
<input type="checkbox"/> Ex-Raucher		

Waren Sie schon einmal bei einem

- Chirurgen / Orthopäden? ja nein

Wenn ja: Chirurgen am Dreilingsberg

Sonstiger:
- Allgemeinmedizin (Anthro) ja nein

Wenn ja: Praxis Siebicke

Sonstiger:
- Kardiologen? ja nein

Wenn ja:
- Radiologen? ja nein

Wenn ja:
- Urologen? ja nein

Wenn ja:
- Augenarzt? ja nein

Wenn ja:
- Neurologen? ja nein

Wenn ja:

Lieber Patient,

erlauben Sie uns bitte noch einige Fragen für unseren persönlichen Optimierungsprozess.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung
- Internet
- Urlauber
- Zufall
- Anderes:

Kennen Sie unsere medizinischen Schwerpunkte?

- Ja
- Nein

Ist Ihnen die anthroposophische Medizin bekannt?

- Ja
- Nein

Wenn nein, wären Sie interessiert an näheren Informationen?

- Ja
- Nein

Kennen Sie schon unsere Praxisflyer?

- Ja
- Nein

Kennen Sie unser Rezepttelefon? Falls nein, geben wir Ihnen gerne eine Visitenkarte mit.

- Ja
- Nein

Sollten bei Ihnen noch Fragen offenstehen oder aber Ihnen fallen noch Anregungen ein, haben wir für Sie immer ein offenes Ohr. Sprechen Sie uns gerne an!

Travemünde, den

.....
Unterschrift (Patient)