***ANAMNESEBOGEN***

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Familienstand:

Geschwister:

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann, wie viele Zigaretten am Tag:

Aktuelle Beschwerden:

Vorerkrankungen:

Bisherige Operationen:

Aktuelle Medikation:

Aktuelle Nahrungsergänzungsmittel:

Allergien:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Vorerkrankungen der Mutter:

Vorerkrankungen des Vaters:

Vorerkrankungen der Großeltern mütterlicherseits:

Vorerkrankungen der Großeltern väterlicherseits:

Vorerkrankungen der Geschwister:

Mitbehandelnde Ärzte (Gynäkologe, Urologe, Augenarzt, etc.):

Aktueller Hausarzt:

Wie würde für Sie eine optimale Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt aussehen?

Was wären Sie bereit auch außerhalb der Kassenleistung für Ihre Gesundheit zu investieren?

Vielen Dank!

Hiermit bestätige ich, dass die Praxis Dr. med. Jessica Mutter-Burch meine Daten speichern und im Sinne meiner Behandlung verarbeiten darf. Ich bin mir bewusst, dass dieser Anamnesebogen der Praxis zur Voreinschätzung dient.

Hieraus ergibt sich nicht automatisch ein Behandlungsverhältnis. Sollte sich keine Behandlung anschließen, wird die Praxis Dr. med. Jessica Mutter-Burch meinen Anamnesebogen vernichten.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte rufen Sie NICHT in der Praxis an, um den Status zu erfragen. Wir melden uns bei Ihnen, sobald wir ihren Anamnesebogen geprüft haben und eine Behandlung bei uns in der Praxis in Frage kommt.