



## Patientenanamnese:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,  
für meine Kartei bitte ich Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Privat: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

privat versichert?  gesetzlich versichert?

Haben Sie eine private Zusatzversicherung die Heilpraktikerleistungen einschließt?

ja  nein

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Kinder (Anzahl): \_\_\_\_\_

Schwangerschaft/en: \_\_\_\_\_

Geburten: \_\_\_\_\_



Um mir vorab ein Bild Ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie mir bitte noch folgende Fragen:

Alkoholkonsum:

- überhaupt keinen     gelegentlich     täglich

Rauchen:

- Raucher (Menge/Tag und seit wann?) \_\_\_\_\_     Nichtraucher     früher geraucht

Andere Mittel (Drogen ect).

- ja    nein

Treiben Sie Sport

- ja    nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

- ja    nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien

- ja    nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- ja    nein

Wenn ja, welche?  
Dosierung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Welche Schwerwiegenden Erkrankungen (Krebs, Diabetes ect.) liegen in Ihrer Familie vor?

Vater \_\_\_\_\_

Mutter \_\_\_\_\_

Geschwister \_\_\_\_\_

Impfungen nach Empfehlungen der STIKO?

ja  nein

Abweichungen/sonstige Impfungen?

\_\_\_\_\_

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

\_\_\_\_\_

Kontakt zu unserer Praxis/Empfehlung durch?

\_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben von Seite 1 bis 3.

Die Verarbeitung der angegebenen Daten erfolgt somit ausschließlich auf Grundlage Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an uns. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitungsvorgänge bleibt vom Widerruf unberührt.

Die von Ihnen im angegebenen Daten verbleiben bei uns, bis Sie uns zur Löschung auffordern, Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen oder der Zweck für die Datenspeicherung entfällt (z.B. nach abgeschlossener Behandlung). Zwingende gesetzliche Bestimmungen – insbesondere Aufbewahrungsfristen – bleiben unberührt.

\_\_\_\_\_  
Coburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Herzlichen Dank für die Beantwortung Ihrer Fragen!