

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank
Ihr Praxisteam

Name:.....
Geburtsdatum:.....
E-Mail:
Telefon u. Mobil:.....
Hausarzt:.....
Beruf:.....

1. Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja
Welche:
2. Haben Sie eine Erkrankung am Herzen? Nein Ja
Welche:
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? Nein Ja
3. Sind Allergien bekannt? Nein Ja
Welche?
4. Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)? Nein Ja
5. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? Nein Ja
Welche:
6. Hatten Sie in der Vergangenheit Hautkrebs? Nein Ja
Wenn ja: Basaliom Melanom
 Plattenepithelkarzinom andere
7. Sind In Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Fälle von Hautkrebs aufgetreten? Nein Ja
8. Gehen Sie ins Solarium? Nein Ja
9. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung (Keloide)? Nein Ja
10. Ist bei ihnen ein Anfallsleiden (Krampfanfälle) bekannt? Nein Ja
11. Rauchen Sie? Nein Ja
Wenn ja, wie viel?
12. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z. B. HIV/AIDS, Hepatitis B oder Hepatitis C, Tuberkulose)? Nein Ja

Ich habe Interesse an:

- Hautkrebsvorsorge**
Diese wichtige Vorsorgeuntersuchung sollte regelmäßig durchgeführt werden. Wir halten für Sie die Video-Dermatoskopie und LED-Dermatoskopie vor.
- Faltenbehandlung**
Entscheiden Sie selbst über Ihr Wohlbefinden und Ihr Aussehen. Wir unterstützen Sie dabei mit unseren erprobten und bewährten Verfahren.
- Peeling und Photorejuvenation (Hautverjüngung)**
Bei ersten Fältchen, Pigmentstörungen, Knitterfalten oder Couperose helfen unsere intensiven und individuell steuerbaren Verfahren zur Hautglättung und Hautverjüngung.
- Haarentfernung**
Wir entfernen den gefürchteten Damenbart und andere störende Härchen dauerhaft mit unserer schonenden Laserbehandlung.
- Entfernung von Hautveränderungen, Besenreisern**
Lästige Hautveränderungen, Besenreiser oder unreine Haut lassen sich mit einer schonenden Laserbehandlung unkompliziert und dauerhaft beseitigen.
- Recall-Vereinbarung**
Ich bin damit einverstanden, dass ich künftig auf sinnvolle Vorsorge-, Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen per E-Mail oder SMS hingewiesen werde. (Dies ist ein kostenloser Service im Interesse Ihrer Gesundheit. Das Recht der freien Arztwahl bleibt Ihnen erhalten. Die Einwilligung gilt bis auf Widerruf; es besteht allerdings kein Anspruch darauf.)
- Newsletter**
Ich bin damit einverstanden, die Praxisneuigkeiten per E-Mail zu erhalten (bitte angeben).

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Arztempfehlung
- Patientenempfehlung Telefonbuch

Wir bitten Sie, Termine bis spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Dies können Sie gerne per E-Mail tun. Bei nicht rechtzeitiger Absage oder Nichterscheinen berechnen wir Ihnen für Termine ab 30 Minuten Dauer ein individuelles Ausfallhonorar, abhängig von der Behandlungsart und -dauer.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen. Ich bin einverstanden, dass im Falle einer Blutentnahme und/oder feingeweblichen Untersuchung meine für die Untersuchung notwendigen Daten an das zuständige Labor weitergegeben werden.

Kassel, den.....
Datum Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter