



**Dr. med. Thomas Franke**  
Privatärztliches Zentrum für biologische Medizin

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Damit erhalten wir wichtige Informationen, die ggf. Auswirkungen auf Ihre Behandlungen haben. Bestimmte Daten benötigen wir zudem für einen reibungslosen Verwaltungsablauf sowie für zustimmungspflichtige Patientenservices.

### PATIENTIN / PATIENT

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_  
Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

### ZAHLUNGSPFLICHTIGER (in der Regel Patient/in selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_  
Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Name Krankenkasse oder Versicherung \_\_\_\_\_

### SIE SIND

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert            | <input type="checkbox"/> privat versichert  | <input type="checkbox"/> nicht versichert        |
| <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert |

**NAME & ANSCHRIFT HAUSARZT / HAUSÄRZTIN**

---

---

**NAME & ANSCHRIFT HAUSZAHNARZT / HAUSZAHNÄRZTIN**

---

---

**HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN?**

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Viruslast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Knochenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Bisphosphonate / Knochentropf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja, wann _____		<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja, wann _____		<input type="checkbox"/> nein
Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja, seit wann _____		<input type="checkbox"/> nein
Krebs	<input type="checkbox"/> ja, seit wann und was? _____		<input type="checkbox"/> nein
Wie hoch ist Ihr Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Niedrig	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hoch
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, SSW _____		<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl / Tag / Jahre _____		<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Mitteilungen an uns, z.B. andere Krankheiten

---

---

Sind Sie Angstpatient/in?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und wie oft?  ja  nein

Haben Sie eine Medikamentenliste?  ja  nein

---

---

Gibt es allergische Reaktionen auf Medikamente? Wenn ja, welche?  ja  nein

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass ich an meinen Termin telefonisch, per Post, per E-Mail oder per SMS erinnert werde

ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

### DÜRFEN WIR SIE ÜBER UNSERE WEITEREN MÖGLICHKEITEN INFORMIEREN?

Vitamin- / Aufbauinfusionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zahnreinigung / Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ästhetische Behandlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutwertanalysen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anti-Aging Behandlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Laserbehandlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hautuntersuchungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zu allen angebotenen Leistungen berät Sie unser Team gerne.

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN ZUR ÜBERMITTLUNG VON BEHANDLUNGSDATEN UND BEFUNDEN (§ 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Praxis Dr. med. T. Franke weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt, Zahnarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Bitte beachten Sie: Für Termine, die nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagt werden, erlauben wir uns ein Ausfallhonorar gem. § 615 BGB in Höhe von 100 € zu berechnen.

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

Datum / Unterschrift Patient/in oder des Erziehungsberechtigten

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben)  
Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzregelungen.