

# Eigenanamnese- und Patientenbogen



**PRIVATPRAXIS**  
für **Prävention** und **Ganzheitsmedizin**  
Hormon- und Stoffwechselfherapie

**Wichtig: Alle Angaben werden entsprechend den Regelungen der DSGVO vertraulich behandelt.**

## 1. Persönliche Angaben

**Name, Vorname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Anschrift:**

---

**Abweichende  
Rechnungsanschrift:**

---

**Telefon / Mobil / eMail:**

---

**Familienstand:**

ledig       verheiratet       geschieden       verwitwet

**Beruf:**

---

**Kostentragung:**

Selbstzahler     Beihilfe     Privat     Zusatzversicherung

**Versicherung:**

---

**Tarif:**

---

**Hausarzt:**

---

**Sonstiges:**

---

---

**2.0 Aufgrund welcher Problematik kommen Sie in die Praxis?**

(Welche Beschwerden treten auf? Seit wann liegen die Probleme vor? Wodurch tritt eine Verschlimmerung oder Verbesserung ein? Vermuten Sie eine auslösende Ursache?; Eventuell vorhandene Vorbefunde bitte beilegen; ggf. bitte Beiblatt oder Rückseite verwenden)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2.1 Was ist Ihr gewünschtes Behandlungsziel?**

---

---

---

---

---

**3.0 Bestehen oder bestanden Vorerkrankungen?**

**O Keine Vorerkrankungen**

**O Mumps**

**O Masern**

**O Röteln**

**O Pfeiffersches Drüsenfieber**

**O Windpocken**

**O Diabetes**

**Sonstiges:**

---

---

---

---

---

---

**3.1 Wurden Sie stationär behandelt?**

(Wenn „Ja“: Wann? Warum ? Was wurde durchgeführt?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

**3.2 Hatten Sie Unfälle?**

(Wenn „Ja“: Wann? Was ist passiert? Welche Folgen (z.B. Hirnerschütterung?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.3 Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?**

(Wenn „Ja“: Welche? Welche Dosierung? Wann?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.4 Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?**

(Wenn „Ja“: Welche?)

**Nein**

**Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.5 Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit?**

(Wenn „Ja“: Welche?)

**Nein**

**Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.6 Befinden Sie sich aktuell in therapeutischer Behandlung?**

(Wenn „Ja“: Wo und bei wem? Welche Therapien werden durchgeführt?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.6 Traten während einer Behandlung Komplikationen aus?**

(Wenn „Ja“: Welche?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**4.0 Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?**

(Wenn „Ja“: Wieviel pro Tag? Seit wann? Wann haben Sie aufgehört?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**4.1 Nehmen Sie Drogen, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?**

(Wenn „Ja“: Welche? Welche Dosierung? Wann?)

**O Nein**

**O Ja:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4.2 Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

Vegetarisch

Vegan

Mischkost

Sonstiges

---

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Angaben vollständig und richtig gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

### **Hinweis:**

Sollten sich medizinische Unterlagen (Laborbefunde, Therapeutenbriefe, etc.) in Ihrem Besitz befinden, können Sie uns diese über eine gesicherte Datenverbindung vorab übersenden. Wenden Sie sich hierfür bitte unter [info@privatpraxis-ostermaier.de](mailto:info@privatpraxis-ostermaier.de) oder Tel. 08631/160529 direkt an uns.