Allgemeine Anamnese — MUSTER, synthetische Daten

Vorgangs-ID:	AP-1042
Formularversion:	v1
Unterschrieben am:	29.08.2026, 11:41 Uhr
Inhalts-Hash (SHA-256):	1349bbc2565b1f9fa9799c94d6f870e208c69aa25376709a2852c11d629a0102

ANGABEN FÜR

Ich fülle den Bogen aus
für mich selbst

PERSÖNLICHE DATEN

Anrede
Frau

Titel
—

Vorname
Erika

Nachname
Musterfrau

Geburtsdatum
1979-04-12

Geburtsort
Musterstadt

KONTAKTDATEN

Straße und Hausnummer
Musterweg 1

PLZ und Ort
12345 Musterstadt

Telefonnummer
0170 0000000

E-Mail-Adresse
erika.musterfrau@example.org

Bevorzugter Kontaktweg
Telefon

Ich wünsche eine Terminerinnerung
Ja

VERSICHERUNG

Wie sind Sie versichert?
Privat versichert

Name der Versicherung
Musterversicherung AG

Versichertennummer
MV-0000000

Liegt eine Überweisung vor?
Nein

ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?
Ja

Welche Allergien oder Unverträglichkeiten?
Penicillin, Pflaster (Beispielangabe)

Wie äußerte sich die Reaktion?
Hautausschlag (Beispielangabe)

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?
Ja

Welche Medikamente und in welcher Dosierung?
Metformin 500 mg, morgens (Beispielangabe)

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein?
Nein

VORERKRANKUNGEN

Herz oder Kreislauf
Nein

Bluthochdruck
Ja

Diabetes
Ja

Lunge oder Atemwege
Nein

Schilddrüse
Nein

Nieren
Nein

Magen oder Darm
Nein

Rheuma oder Gelenke
Nein

Weitere Vorerkrankungen
Keine weiteren (Beispielangabe)

OPERATIONEN UND INFEKTIONEN

Wurden Sie schon einmal operiert?
Ja

Welche Eingriffe und wann?
Blinddarmentfernung 2011 (Beispielangabe)

Gab es Probleme bei einer Narkose?
Nein

Besteht eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, MRSA)?
Nein

LEBENSGEWOHNHEITEN

Rauchen Sie?
Nein

Wie häufig trinken Sie Alkohol?
Selten

Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit?
Trifft nicht zu

AKTUELLES ANLIEGEN

Weshalb kommen Sie heute zu uns?
Kontrolltermin — Beispielangabe aus der Demo.

Seit wann bestehen die Beschwerden?
Keine Beschwerden

Weitere Hinweise an die Praxis
Bitte Termin möglichst vormittags. (Beispielangabe)

EINWILLIGUNGEN

Ich willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben zum Zweck der Behandlung ein.
Ja

Die Praxis darf mich zu Terminen und Rückfragen kontaktieren.
Ja

Die Praxis darf Befunde an meine Hausarztpraxis übermitteln.
Ja

Name der Hausarztpraxis
Hausarztpraxis Musterstadt (Beispiel)

Mir ist bekannt, dass ich Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
Ja

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. (MUSTER — keine echte Person)

Unterschrift Patient/in