



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Als klassische Hausarztpraxis beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen, helfen Ihnen gesund zu werden und unterstützen Sie dabei gesund zu bleiben. Um dies optimal zu gewährleisten, sind einige Angaben zu Ihrer Gesundheit und auch Angaben zu Ihrem Lebensumfeld erforderlich. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen, soweit wie Ihnen möglich, zu beantworten. Sollten Sie etwas nicht beantworten können, so helfen wir Ihnen gerne weiter. **Alle Ihre Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich streng vertraulich und nach den gesetzlichen Vorgaben (insb. der DSGVO, BDSG) behandelt.**

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon - Festnetz:

Telefon - Mobil:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

BEZUGSPERSON, GGF. BEVOLLMÄCHTIGTER

Name, Vorname:

Verhältnis zur Bezugsperson:

Adresse:

Telefon - Festnetz:

Telefon - Mobil:

Liegt eine Vollmacht vor?

ja

nein

FRAGEN ZUR LEBENSITUATION

Ich bin:

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

Kinder:

ja

nein

Anzahl:

Geburtsjahr(e):

Gemeinsames Sorgerecht:

Alleiniges Sorgerecht:

Vater

Mutter

Erlerner Beruf:

Zurzeit tätig als:

Firma:

Besondere Belastungen im Berufsleben:

Schwerbeschädigtenausweis vorhanden:

ja

nein

Prozent:

Liegt ein Pflegegrad vor?

ja

nein

Grad:



FRAGEN ZU IHREN LEBENSGEWOHNHEITEN

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Seit wann?	Wieviele am Tag?					
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	täglich	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	selten	
Nehmen Sie andere Substanzen oder Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	ja		<input type="checkbox"/>		nein					
Wenn ja, welche?											
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Welchen, wie oft?						
Ernährungsgewohnheiten:	<input type="checkbox"/>	ich esse alles			<input type="checkbox"/>	ich lebe vegetarisch			<input type="checkbox"/>	ich lebe vegan	

AKTUELLE BESCHWERDEN

Stuhlgang:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																						
Atmung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																						
Appetit:	<input type="checkbox"/>	gut		<input type="checkbox"/>	vermindert		<input type="checkbox"/>	vermehrt																		
Nachtschweiß:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein																						
Gewicht:	<input type="checkbox"/>	konstant		<input type="checkbox"/>	nehme zu		<input type="checkbox"/>	nehme ab		<input type="checkbox"/>	schwankt															
Schmerzen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Stärke (1 = kaum, 10 = sehr stark):		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Diabetes:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
erhöhtes Cholesterin:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Gicht:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	wann:	
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Blutgefäße:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Durchblutungsstörungen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Thrombose:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Lungenembolie:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Blutungsneigung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Magenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	
Darmerkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:	



Lebererkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Asthma:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Chronische Bronchitis:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Hautkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Bluterkrankungen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Anfallsleiden:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Psychische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Krebserkrankung:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann, Art:
Rückenschmerzen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	seit wann:
Allergien:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	

seit wann, welche:

andere Erkrankung(en):	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
------------------------	--------------------------	----	--------------------------	------

seit wann, welche:

Leiden/litten Ihre Angehörigen an einer oder mehrerer der o.g. Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

Falls ja, wer und welche Erkrankung?

Hatten Sie Operationen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
-------------------------	--------------------------	----	--------------------------	------

Falls ja, wann und welche?

BEHANDELNDE ÄRZTE, VORSORGE, MEDIKAMENTE

Der letzte mich behandelnde Hausarzt war (Name, Adresse):

Bei welchen Fachärzten befinden Sie sich in Behandlung?



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die nicht auf Ihrem Medikamentenplan stehen?

Nehmen Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil? Falls ja, an welchen?

Wann war die letzte Gesundheitsuntersuchung, Hautkrebsvorsorge?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Falls ja, wann zuletzt?

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil? Falls ja, an welchem?

Nehmen Sie Blutverdünner ein? Falls ja, welche?

GIBT ES ETWAS, DAS SIE UNS NOCH MITTEILEN MÖCHTEN?

Hinweis für Privatpatienten: Sie sind verpflichtet, uns vor Beginn der Behandlung über Ihren Versicherungstarif und ggf. bestehende Abrechnungsbeschränkungen zu informieren. Ein separates Formular erhalten Sie an der Anmeldung.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihrer persönlichen Situation (z.B. Umzug, Änderung des Sorgerechts, Betreuung, ggf. Arbeitsplatzwechsel, etc.) zeitnah mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzl. Vertreters)