



Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Straße / Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Festnetznummer _____ Mobilfunknummer _____

E-Mail _____

Bisheriger Hausarzt _____

Wollen Sie den Hausarzt wechseln? ja nein vielleicht

Sonstige behandelnder Ärzte (Name/Fachrichtung)

Persönliche Angaben

Beruf / Ausbildung _____

Familienstand ledig verheiratet verpartnert geschieden/getrennt lebend verwitwet

Kinder _____

Raucher nein, ja seit _____ Jahren _____ Zigaretten / Tag

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Organspendeausweis vorhanden ja nein

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden ja nein Bevollmächtigter? _____

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung? nein ja – Betreuer: _____

Pflegegrad nein ja _____ Schwerbehinderung nein ja, GdB in % _____

Treiben Sie Sport nein ja Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Nächster Angehöriger mit Telefonnummer: _____

Ernährungsweise? Mischköstler Vegetarier Veganer Sonstiges _____

Trinken Sie Alkohol? keinen selten > 2x /Woche _____

Haben Sie Haustiere? ja / nein Wenn ja, welche _____

Welche Erkrankungen haben/ hatten Sie?

Schnarchen Sie? ja / nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, wie oft? _____

Neigen Sie zu?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Herzstolpern | |

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Chr. Infektionen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken | | |

Sonstige:

Durchgemachte schwere Erkrankungen? _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ | | |

Welche Operationen wurden durchgeführt?

_____ Wann? _____

_____ Wann? _____

_____ Wann? _____

_____ Wann? _____

_____ Wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Medikamentenplan vorhanden? Ja (bitte legen Sie uns diesen vor) Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

Marcumar? nein Ja (bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor)

Andere Blutverdünner? nein ja, welche _____

Nahrungsergänzungsmittel nein ja, welche _____

Sind Sie gegen Corona geimpft? _____ Wenn ja, wie oft? _____ Wann zuletzt? _____

Haben Sie einen Impfpass? nein ja

Gerne informieren wir Sie mündlich und schriftlich über den Nutzen und mögliche Komplikationen bei Impfungen. Sie finden unsere ausführlichen schriftlichen Informationen im Wartezimmer.

Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?

.....

Datum

Unterschrift