

## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne  
an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

Ja, bei einem anderen Hausarzt \_\_\_\_\_

Nein

**Was ist Ihr aktueller Anlass?** Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

Schmerzen  
wo und mit welcher Schmerzintensität?  
(1 = sehr geringer Schmerz  
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Übelkeit/Erbrechen

Fieber

andere akute Beschwerden

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

andere akute Beschwerden, die ich erst im  
Arztgespräch benennen möchte

Ich habe zurzeit keine Beschwerden.  
Ich wünsche nur

Vorsorge  Kontrolle  Beratung

### Kinderkrankheiten

Masern

Windpocken

Röteln

Ich weiß es nicht

Sonstige \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ernährungsgewohnheiten

Mischkost

Vegetarisch

Vegan

Sonstige \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Operationen /Unfälle

- Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Chronische Erkrankungen

- Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Bekannte Allergien

- Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

- Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

### Dauermedikamente

(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

- Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen inkl. Name und Dosierung)

### Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- Drogen Beginn: \_\_\_\_\_  
 Alkohol Beginn: \_\_\_\_\_  
 Zigaretten Beginn&Anzahl/Tag: \_\_\_\_\_

### Impfpass vorhanden?

- Nein  Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

### Soziale Anamnese

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> Selbstständig           | <input type="checkbox"/> Schüler/Ausbildung           |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit        | <input type="checkbox"/> Beschäftigt in Vollzeit | <input type="checkbox"/> Beschäftigt im Schichtdienst |
| <input type="checkbox"/> Rentner           | <input type="checkbox"/> Beschäftigt in Teilzeit |   |

### Wohnsituation

- Alleine  Mit Familie  Betreutes Wohnen  Seniorenheim

### Sonstiges

#### Pflegegrad

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

#### Schwerbehinderung

- Nein  Ja, GdB in % \_\_\_\_\_

### Durchgemachte schwere Erkrankungen

### Letzter Check-up

- Allgemeinarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_  
 Hautarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_  
 Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr: \_\_\_\_\_

### Sonstige Angaben

- Arm-/Beinprothese  
 Stoma  
 Herzschrittmacher  
 Port  
 Zahnprothese  
 Hörhilfe  
 Brille/Kontaktlinsen  
 Shunt, wo? \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### Sonstige wichtige Informationen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

### Chronische Erkrankungen

#### Lungenerkrankung

- Asthma       COPD       Lungenkrebs       Sarkoidose  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Hauterkrankung

- Neurodermitis       Schuppenflechte       Andere \_\_\_\_\_

#### Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck       Schlaganfall       Herzinfarkt       Angeb. Herzfehler       Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Neurologische Erkrankung

- Epilepsie       MS       Parkinson       Demenz       Depressionen       Schizophrenie  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankung

- Diabetes       Hohes Cholesterin       Schilddrüsenerkrankung       Gicht  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Geschlechtskrankheiten

- HIV       Syphilis       Andere \_\_\_\_\_

#### Sonstiges

- Grüner Star       Rheuma       Chronische Hepatitis       Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit  
 Krebserkrankungen \_\_\_\_\_  
 Leber-/Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_  
 Andere \_\_\_\_\_

### Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- Herzstolpern       Häufige Infekte       Menstruationsbeschwerden  
 Blut im Urin       Rückenschmerzen       Probleme beim Wasserlassen/-halten  
 Blut im Stuhl       Verstopfung/Durchfälle       Seelische/nervöse Beschwerden  
 Andere \_\_\_\_\_

## Allergien

- Wespen-/Bienenngift       Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente \_\_\_\_\_
- Lebensmittel \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_

## Operationen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz                          | <input type="checkbox"/> Bauch (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat   |
| <input type="checkbox"/> Gefäße                        | _____  | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (bitte erläutern) | _____  | <input type="checkbox"/> Andere             |
| _____  | _____  | _____                                       |
| _____  | _____  | <input type="checkbox"/> Sonstiges          |
| _____  | _____  | _____                                       |
| _____  | _____  | _____                                       |

## Medikamente (möglichst mit Dosierung)

### Medikamentenplan vorhanden?

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Marcumar?

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

## Sonstige wichtige Informationen