

Anamnesebogen



Persönliche Daten

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

Handy _____

Krankenkasse _____

Beruf _____ Firma _____

Teilzeit Vollzeit Schichtarbeit selbstständig angestellt Ausbildung

Schüler:in arbeitslos Elternzeit aktuell krankgeschrieben (AU) seit _____
wegen _____

Längerbestehende AU in den letzten Jahren nein ja, wegen _____

Beruf und Krankenkasse

Ehepartner/in oder Lebensgefährte/in _____

Eltern (falls diese Patienten in unserer Praxis sind) _____

Kinder (falls diese Patienten in unserer Praxis sind) _____

Gibt es eine Person, die über die medizinischen Daten Auskunft erhalten darf?

nein ja, (Name + Telefonnr.) _____

amilie

Patientenverfügung nein ja, hinterlegt: _____

bisheriger Hausarzt _____

mitbehandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung, Ort)

Ärzte

Krankenhausaufenthalte (Ort, Zeitraum, Grund) _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____



Wohnen und Pflege

Wohnsituation

allein mit Partner mit Kindern

mit Eltern betreutes Wohnen

Pflegeheim _____

Pflegegrad I II III IV V

Schwerbehinderung nein ja, Höhe ____

Ernährungsform _____

Lebensmittelallergien und Unverträglichkeiten nein ja, (Name, Symptome)

Ernährung

Hilfsmittel Brille/Kontaktlinsen Hörgerät Rollstuhl Rollator Schuheinlagen

künstliche Gelenke Arm/Bein Prothesen Zahnprothese

weitere: _____

Dauermedikamente nein ja, siehe beiliegenden Medikamentenplan ja, diese:

Bedarfsmedikamente nein ja, siehe beiliegenden Medikamentenplan ja, diese:

Arzneimittelallergie nein ja, diese: _____

Hilfsmittel und Medikamente

Sonstige Allergien

Allergie nein ja, auf _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____



Maße
Sport
Impfungen
Suchten
Teilnahmen
Operationen

Größe _____cm

Gewicht _____kg

BMI (wird von uns berechnet) _____kg/qm

Körperliche Aktivitäten keine unregelmäßig
 regelmäßig (min. 2x/Woche)

Intensität leicht mäßig intensiv

leicht	mäßig	intensiv
gehen (locker)	gehen (zügig)	wandern
Fahrrad (langsam)	Fahrrad (mäßig)	Fahrrad (schnell)
Tischtennis	Bowling	Fußball
	Gartenarbeit	

Impfungen siehe Impfpass nicht bekannt

folgende Impfungen sind vorhanden (+Jahresangabe)

Tetanus _____ Diphtherie/Pertussis _____ Poliomyelitis _____

Hepatitis A/B _____ Masern/Mumps/Röteln _____ Gürtelrose _____

Pneumokokken _____ FSME (Zecken) _____ Grippe _____

Covid _____

weitere _____

Suchten Nikotin/Zigaretten Alkohol/Tag _____

Drogen/Suchtmittel _____

sonstige _____

Teilnahmen

DMP nein KHK Asthma COPD Diabetes mellitus Typ II

HZV nein ja

Bisherige Operationen (Angaben mit Grund und Jahr)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gastroenterologische Erkrankungen

Magenerkrankungen: _____

Darmerkrankungen: _____

Bauchspeicheldrüse: _____

Gallenblase: _____



Hauterkrankungen

Neurodermitis/atopische Erkrankungen seit _____

Schuppenflechte/Psoriasis seit _____

Hautkrebs seit _____

andere: _____

Herz-Kreislauf

Bluthochdruck seit _____

Koronare Herzkrankheiten/ Herzgefäßerkrankungen seit _____

Herzinfarkt

Vorhofflimmern/Vorhofflattern seit _____

Herzrhythmusstörungen seit _____

Herzschrittmacher seit _____

Herzmuskelerkrankungen seit _____

andere: _____

Knochenerkrankungen

Arthrose im _____gelenk

Wirbelsäule: _____

Osteoporose

andere: _____

Krebserkrankungen

Chronische Erkrankungen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Lunge

- Asthma COPD Lungenkrebs
 Sarkoidose andere: _____



Neurologische Erkrankungen

- Migräne seit: _____ Polyneuropathie: Wo? _____
 rezidivierende Kopfschmerzen Tremor Parkinson Multiple Sklerose
 Epilepsie Demenz Depression andere: _____

Nierenerkrankungen

- Niereninsuffizienz seit: _____ Nierensteine

Rheumatische / autoimmune Erkrankungen

Stoffwechsel

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion hoher Cholesterinwert
 Diabetes mellitus Typ _____ seit _____ Gicht
 andere: _____

Weitere

- Augenerkrankungen _____
 Prostata _____
 Eierstöcke/Gebärmutter _____
 andere: _____

Unklar länger bestehende Beschwerden/ Symptome

- nein Schlafstörungen Herzstolpern Beschwerden beim Wasserlassen
 Magen-Darm-Beschwerden Rückenschmerzen häufige Infekte
 Kopfschmerzen Belastungsluftnot andere: _____

Chronische Erkrankungen

Akute Beschwerden

Name: _____

Geburtsdatum: _____



Vorsorge-Untersuchungen

Check-Up 18-34 (einmalig)

nein ja, am _____

Check-Up 35 (ab 35. Lebensjahr alle 3 Jahre)

nein ja, zuletzt: _____

Hautkrebsscreening (ab 35. Lebensjahr alle 2 Jahre) nein ja, zuletzt: _____

Darmkrebsscreening (ab 50. Lebensjahr) nein ja, zuletzt: _____

Darmspiegelung nein ja, zuletzt: _____

Aortenscreening (einmalig für Männer ab 65. Lebensjahr) nein ja

Gynäkologische / Urologische Vorsorge nein ja, zuletzt: _____

Organspendeausweis noch nicht drüber nachgedacht keiner vorhanden

ja, vorhanden

Interesse nein ja

Hepatitis B/C Screening nein ja, am _____

Notizen und Fragen

Meine Notizen und Fragen

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau!

Name: _____

Geburtsdatum: _____