

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte drucken Sie den Bogen aus und füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Beruf _____

Anschrift _____

E-Mail _____

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?

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, incl. 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

Nicht berufstätig Selbstständig Schüler/Ausbildung
 Elternzeit Beschäftigt in Vollzeit Beschäftigt im Schichtdienst
 Rentner Beschäftigt in Teilzeit

Wohnsituation

Alleine Mit Familie Betreutes Wohnen Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

Nein Ja

Schwerbehinderung

Nein Ja, GbB in %

Durchgemachte schwere Erkrankungen

Letzter Check-up

Allgemeinmedizin, im Jahr: _____
 Hautarzt, im Jahr: _____
 Regelmäßige Krebsvorsorge
 (beim Gynäkologen, Urologen)
 im Jahr: _____

Sonstige Angaben

Arm-/Beinprothese
 Stoma
 Herzschrittmacher/Dephi
 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 Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
 Angeb. Herzfehler Herzinfarkt
 Andere _____

Neurologische Erkrankung

- Epilepsie MS Parkinson Demenz
 Depressionen Schizophrenie Andere _____

Stoffwechselerkrankung

- Diabetes Gicht Schilddrüsenerkrankung
 Hohes Cholesterin Andere _____

Geschlechtskrankheiten

- HIV Syphilis Andere _____

Sonstiges

- Grüner Star Rheuma Chronische Hepatitis
 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit
 Krebserkrankungen _____
 Leber-/Nierenerkrankungen _____

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 _____

