

## 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 \_\_\_\_\_

