



Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine optimale Betreuung und Beratung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Angaben werden Ihrer Patientenakte beigelegt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Email:

Adresse:

Größe:

Gewicht:

Vorerkrankungen

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neurologische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfälle/Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HNO Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochen-/Gelenk-/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Harnwege/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen/Leiden/Unfälle/Operationen:

Allergien & Unverträglichkeiten:

starke Zunahmen/Abnahmen in den letzten 6 Monaten:

Genuss- & Suchtmittel

Nikotin Frequenz & Menge:

Alkohol Frequenz & Menge:

weitere Drogen

Ernährungsgewohnheiten

	ja	nein
Mischkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetarisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Frauen

	ja	nein
besteht eine Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Woche:		
Komplikationen:		



Durchgeführte Untersuchungen

	ja	nein
Magenspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme an Disease Management Programm (DMP)

	ja	nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Fragen

Letzter Check-up:
Letzte Hautkrebsvorsorge:
Vorsorge beim Gynäkologen/Urologen:
Letzte Augenkontrolle:
Letztes Ruhe-EKG:
Letztes Belastungs-EKG:
Letztes Langzeit-EKG:
Letzte Langzeit-Blutdruckmessung:

Vollständiger Impfstatus:
Offene Impfungen (kann gerne geprüft werden von uns):

Sonstige Angaben

	ja	nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige:

Sozialanamnese

Aktuelle Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	_____
Rentner	<input type="checkbox"/>	_____
Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	_____
Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/>	_____

Familienanamnese

Erkrankungen bei Eltern, Großeltern etc.
Familiäre Situation z.B. Wohnsituation, Familienstand:
Patientenverfügung/Vollmacht



Medikamente

Medikament	Einnahme	Wofür?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Bisheriger Hausarzt oder weitere behandelnde Fachärzte

Bitte bringen Sie zum Termin Ihre Gesundheitskarte, Ihren Impfausweis, vorhandene Befunde/Arztberichte und ggf. einen Medikamentenplan mit!

Hiermit bestätige ich die von mir erfolgten Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift
