



Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen und möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

✦ **Name** **Vorname**
✦ **Geburtsdatum** **E-Mail**
✦ **Adresse**
✦ **Telefon** **Handy**

✦ **Bisheriger Hausarzt**
✦ **Sonstige behandelnde Ärzte (Name und Fachrichtung)** – z.B. auch für Vorsorgeuntersuchungen
✦
✦
✦
✦

✦ **Sind Sie berufstätig?** Nein ☐ Ja ☐ **Beruf**
✦ **Sind Sie Schüler?** Nein ☐ Ja ☐ **Sind Sie Rentner?** Nein ☐ Ja ☐
✦ **Familienstand** ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐
✦ **Wohnsituation** allein ☐ mit Familie ☐ Betreutes Wohnen ☐ Pflegeheim ☐

✦ **Sind Sie aktuell krankgeschrieben?** Nein ☐ Ja ☐
✦ Wenn ja: weswegen?
Wer hat Sie bisher krankgeschrieben?

✦ **Allergien**
✦ **Größe** **Gewicht**
✦ **Regelmäßige sportliche Aktivitäten**

✦ **Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?**
✦ Nein ☐ Ja ☐ **KHK** ☐ **Diabetes** ☐
COPD ☐ **Asthma** ☐



❖ **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Nein ☐ Ja ☐

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen Medikationsplan mit oder füllen Sie die folgende Tabelle aus.

Medikament / Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Bemerkungen

❖ **Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?**

Seit wann?

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------|
| ❖ Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Durchblutungsstörungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Bluterkrankung / Gerinnungsstörung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Lungenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Schilddrüsenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Augenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Lebererkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Psychische Erkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Erkrankungen der Nerven | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Krebserkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |
| ❖ Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | |



♣ **Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt?**

Nein ☐ Ja ☐

♣
♣
♣
♣

♣ **Hatten Sie bereits Operationen oder Unfälle?**

Nein ☐ Ja ☐

Wann?

♣
♣
♣
♣

♣ **Wann erfolgte die letzte Gesundheitsuntersuchung (Check up)?**

♣ **Wann erfolgte das letzte Hautkrebsscreening?**

♣ **Wann erfolgte die letzte Darmspiegelung?**

♣ **Sind bei Ihnen Impfungen erfolgt?**

Wann?

♣ Tetanus	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
♣ Diphtherie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
♣ Keuchhusten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
♣ Pneumokokken	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
♣ Gürtelrose	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
♣ Zecken	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

♣ **Notfallkontakte / Betreuer**

Name	Wer ist diese Person? (Ehepartner, Betreuer, ...)	Kontaktdaten

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis Folgendes mit:

- ♣ Ihren Impfausweis
- ♣ vorhandene Befunde von Krankenhausaufenthalten / Untersuchungen / Kuren / Rehabilitationen o.ä.

Datum

Unterschrift