



## 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.

Ⓐ <b>Name</b> .....	<b>Vorname</b> .....	
Ⓐ <b>Geburtsdatum</b> .....	<b>E-Mail</b> .....	
Ⓐ <b>Adresse</b> .....	<b>Handy</b> .....	
Ⓐ <b>Telefon</b> .....		
Ⓐ <b>Bisheriger Hausarzt</b> .....		
Ⓐ <b>Sonstige behandelnde Ärzte (Name und Fachrichtung)</b> – z.B. auch für Vorsorgeuntersuchungen		
Ⓐ	.....	
Ⓐ	.....	
Ⓐ	.....	
Ⓐ	.....	
Ⓐ <b>Sind Sie berufstätig?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Beruf</b> .....		
Ⓐ <b>Sind Sie Schüler?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Sind Sie Rentner?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Ⓐ <b>Familienstand</b> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>		
Ⓐ <b>Wohnsituation</b> allein <input type="checkbox"/> mit Familie <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/>		
Ⓐ <b>Sind Sie aktuell krankgeschrieben?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Ⓐ Wenn ja:	weswegen? .....	
Wer hat Sie bisher krankgeschrieben? .....		
Ⓐ <b>Allergien</b> .....		
Ⓐ <b>Größe</b> .....		<b>Gewicht</b> .....
Ⓐ <b>Regelmäßige sportliche Aktivitäten</b> .....		
Ⓐ <b>Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?</b>		
Ⓐ Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	KHK <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
	COPD <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>



◆ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja

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

## ⊕ 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**