



## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen  
wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### ① Persönliche Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

### ② 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

### ③ Was ist Ihr aktueller Anlass?

Schmerzen

Wo und mit welcher Intensität?

1 = sehr geringer Schmerz

10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

\_\_\_\_\_

Übelkeit

Fieber

Andere akute Beschwerden \_\_\_\_\_

Andere akute Beschwerden, die ich erst in einem  
Arztgespräch benennen möchte.

Ich habe zur Zeit keine Beschwerden.

Ich wünsche nur

Vorsorge

Kontrolle

Beratung



### Kinderkrankheiten

Masern  
Windpocken  
Röteln  
Ich weiß es nicht  
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)

### Rauschmittel- / Zigarettenkonsum

Drogen Beginn \_\_\_\_\_  
Alkohol Beginn \_\_\_\_\_  
Zigaretten Beginn & Anzahl / Tag \_\_\_\_\_

### Impfpass

Nein Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

### Ernährungsgewohnheiten

Mischkost  
Vegetarisch  
Vegan  
Sonstige \_\_\_\_\_

### Durchgemachte schwere Erkrankungen

### Letzter Check-Up

Allgemeinarzt, im Jahr \_\_\_\_\_  
Hautarzt, im Jahr \_\_\_\_\_  
Regelmäßige Krebsvorsorge  
beim Frauenarzt / Urologen, im Jahr \_\_\_\_\_

### Sonstige Angaben

Arm- / Beinprothese  
Stoma  
Herzschrittmacher  
Port  
Zahnprothese  
Hörhilfe  
Brille / Kontaktlinsen  
Shunt, hier \_\_\_\_\_  
Sonstiges \_\_\_\_\_



### Soziale Anamnese

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

### Wohnsituation

Alleine  
Mit Familie / Partner  
Betreutes Wohnen  
Seniorenheim

### Sonstiges

#### Pflegegrad

Nein Ja, \_\_\_\_\_

#### Schwerbehinderung

Nein Ja, GdB in % \_\_\_\_\_

#### Patientenverfügung

Nein Ja

#### Zusatzversicherung für stat. Behandlung

Nein Ja

### Sonstige wichtige Informationen

---

Datum, Unterschrift



## Anlage zum Anamnesebogen

### Chronische Erkrankungen

#### Lungenerkrankungen

Asthma  
COPD  
Lungenkrebs  
Sarkoidose  
Andere \_\_\_\_\_

#### Hauterkrankungen

Neurodermitis  
Schuppenflechte  
Andere \_\_\_\_\_

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bluthochdruck  
Schlaganfall  
Herzinfarkt  
Angeborener Herzfehler  
Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)  
Andere \_\_\_\_\_

#### Neurologische Erkrankungen

Epilepsie  
MS  
Parkinson  
Demenz  
Depression  
Schizophrenie  
Andere \_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankungen

Diabetes  
Hohes Cholesterin  
Schilddrüsenerkrankung  
Gicht  
Andere \_\_\_\_\_

#### Geschlechtskrankheiten

HIV  
Syphilis  
Andere \_\_\_\_\_

#### Sonstiges

Grüner Star  
Rheuma  
Chronische Hepatitis  
Medikamenten- / Drogenabhängigkeit  
Krebserkrankung \_\_\_\_\_  
Leber- / Nierenerkrankung \_\_\_\_\_  
Andere \_\_\_\_\_

### Länger bestehende / wiederkehrende Beschwerden

Herzstolpern  
Häufige Infekte  
Menstruationsbeschwerden  
Blut im Urin  
Blut im Stuhl  
Rückenschmerzen  
Probleme beim Wasserlassen / -halten  
Seelische / nervöse Beschwerden  
Andere \_\_\_\_\_

### Allergien

Wespen- / Bienengift  
Allergischer Schock in der Vergangenheit  
Medikamente \_\_\_\_\_  
Lebensmittel \_\_\_\_\_  
Andere \_\_\_\_\_



### Operationen

Herz

Gefäße

Bewegungsapparat

Künstliche Gelenke

Andere \_\_\_\_\_

Wirbelsäule (bitte erläutern)

\_\_\_\_\_

Bauch (bitte erläutern)

\_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_

### Medikamente

Medikamentenplan vorhanden?

Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

### Marcumar?

Ja (bitte legen Sie uns den Marcumar-Pass vor)

Nein

### Sonstige wichtige Informationen