

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patient:innen, um Sie in allen Fragen zu Ihrer Gesundheit optimal betreuen zu können, benötigen wir vor dem ersten Kontakt einige Informationen von Ihnen. Diese Informationen werden natürlich **streng vertraulich** behandelt. Sollten Sie einige Fragen aus dem vorliegenden Bogen nicht beantworten können, so besprechen wir diese bei Ihrem Termin. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen vor Ihrem ersten Termin in unserer Praxis auszufüllen. Bitte denken Sie auch an Ihren aktuellen **Impfausweis** und, falls vorhanden, einen **aktuellen Medikamentenplan**.

PERSÖNLICHE DATEN

Anrede, Pronomina	Geschlecht	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Gewählter Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilnummer	Festnetznummer	E-Mail Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bisherige Hausärztin oder Hausarzt

Weitere behandelnde Fachärzt:innen:

Körpergröße und -gewicht:

Was ist der Grund für Ihren aktuellen Termin?

Akute Beschwerden? Ja Nein Folgende :

Chronische Beschwerden? Ja Nein Folgende :

Hausärztin- oder Hausarztwechsel Umzug :

Sonstiges:

SOZIALANAMNESE

Familienstand: Beruf:

Wohnsituation:

Alleinlebend Mit Familie lebend Betreutes Wohnen Seniorenheim

Sportliche Aktivitäten:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall

Zuckerkrankheit Lebererkrankungen Nierenerkrankungen Asthma / COPD

Arthrose Osteoporose Schilddrüsenerkrankungen Blutungsneigungen

Glaukom HIV/STI Hepatitis Krebserkrankungen

Sonstige:

Weitere Anmerkungen:

.....

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall
 Zuckerkrankheit Krebserkrankungen Asthma COPD
 Sonstige:

Sind bei Ihnen Allergien, insbesondere gegen Medikamente, bekannt? Wenn ja, welche?

.....
.....

Rauchen Sie?

- Ja Nein Aufgehört seit:

Wenn ja, wie viele am Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Ja Nein Aufgehört seit:

Wenn ja, was und wie viel?

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Operation durchgeführt?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? (Wenn möglich, bitte mit Jahreszahl)

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?

- Ja Nein Unbekannt

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Gerne können Sie uns einen Medikamentenplan geben.
Nennen Sie bitte auch Medikamente, die Sie in den letzten 7-10 Tagen nur vorübergehend
eingenommen haben (z. B. Schmerzmedikamente).

.....
.....
.....

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

.....
.....
.....