



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie besser kennen zu lernen, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und zu Ihrer ersten Sprechstunde mitzubringen.

Kontaktdaten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	Straße: PLZ:
Handynummer/ Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

weitere Daten:

- **bisheriger Hausarzt:** _____
- bisherige Programme: ☐ HZV, ☐ DMP-Diabetes, ☐ DMP-KHK, ☐ DMP-Asthma/COPD
- Krankenversicherung: ☐ gesetzlich, Namen der Kasse: _____
☐ privat, Namen der Kasse: _____
- Beruf: _____, ☐ teilzeit, ☐ berentet
- Pflegegrad: ☐ kein Pflegegrad, ☐ PG 1, ☐ PG2, ☐ PG 3, ☐ PG 4, ☐ PG 5
- Zuzahlungsbefreiung: ☐ vorhanden (bitte mitbringen), ☐ nicht vorhanden
- Patientenverfügung: ☐ vorhanden (bitte mitbringen) ☐ nicht vorhanden
- Vorsorgevollmacht: ☐ vorhanden (bitte mitbringen), ☐ nicht vorhanden
- Gesetzliche Betreuung: ☐ vorhanden, ☐ nicht vorhanden
- Behinderung: ☐ nicht vorhanden, ☐ vorhanden: GdB: _____
- Impfausweis: ☐ vorhanden (nächstes Mal zeigen), ☐ nicht vorhanden

Gesundheitsfragen:

- Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?
- Bluthochdruck ☐ nein, ☐ ja
- Herzkrankheit ☐ nein, ☐ ja _____
- Blutzuckerkrankheit ☐ nein, ☐ ja _____
- Magen/Darmerkrankung ☐ nein, ☐ ja _____
- Tumorerkrankung ☐ nein, ☐ ja _____
- Nierenerkrankung ☐ nein, ☐ ja _____
- Fettstoffwechselstörung ☐ nein, ☐ ja _____
- Gichtkrankung ☐ nein, ☐ ja _____
- Gelenkerkrankung/Rheuma ☐ nein, ☐ ja _____
- Hauterkrankung ☐ nein, ☐ ja _____
- Tuberkulose ☐ nein, ☐ ja _____
- Leberentzündung ☐ nein, ☐ ja _____
- Asthma, COPD ☐ nein, ☐ ja _____
- Psychische Erkrankung ☐ nein, ☐ ja _____



Anamnesebogen

- Anfallsleiden/Epilepsie ☐ nein, ☐ ja _____
- Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? ☐ nein, ☐ ja _____
- Wenn ja, welche (+Jahr) _____
- Leiden Sie an einer Allergie? ☐ nein, ☐ ja _____

Wenn ja, welche _____

- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? ☐ nein, ☐ ja _____
- Körpergröße: _____ cm Gewicht _____ kg
- _____

Leidet jemand aus Ihrer Familie an folgenden Erkrankungen?

- Asthma bronchiale ☐ nein, ☐ ja _____
- Blutgerinnungsstörung ☐ nein, ☐ ja _____
- Bluthochdruck ☐ nein, ☐ ja _____
- Blutzuckerkrankheit ☐ nein, ☐ ja _____
- Fettstoffwechselstörung ☐ nein, ☐ ja _____
- Herzinfarkt ☐ nein, ☐ ja _____
- Tumorerkrankung ☐ nein, ☐ ja _____
- Plötzlicher Herztod ☐ nein, ☐ ja _____

Weitere Fragen:

- Rauchen Sie? ☐ nein, ☐ wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____
- Trinken Sie Alkohol ☐ nein, ☐ ja, gelegentlich (max 1x pro Woche), ☐ ja regelmäßig
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Ament	Morgen	Mittags	Abend

Für Patientinnen:

- Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein, ☐ ja _____
- Nehmen sie die Antibabypille ein? ☐ nein, ☐ ja _____
- Hatten Sie in den letzten 3 Jahren eine CheckUp Untersuchung gehabt?
- ☐ nein, ☐ ja, wann und wo _____



Anamnesebogen

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- Herzkatheter ☐ nein, ☐ ja
- Darmspiegelung ☐ nein, ☐ ja
- Magenspiegelung ☐ nein, ☐ ja
- Strahlentherapie ☐ nein, ☐ ja
- Chemotherapie ☐ nein, ☐ ja

Sozialanamnese

- Familienstand: _____
- Kinder: _____
- Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht
- Sport (was & wie oft?) _____

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

- _____
- _____
- _____