



## 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 \_\_\_\_\_
- Gichterkrankung  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
- Magenspieglung  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?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_