



Anamnesebogen

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!

Name, Vorname
Geboren am
Anschrift
Beruf
Telefon
Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte): Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.
Schmerzen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja: Schmerzgrad (1 = sehr gering; 10 = extrem stark)
Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> andere akute Beschwerden <input type="checkbox"/>
Ich habe zurzeit keine Beschwerden. <input type="checkbox"/> Ich möchte nur Vorsorge <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/>
Operationen / Unfälle? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (Wenn ja, dann eintragen unter „Wichtige Info“ Seite 2)
Chronische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Bekannte Allergien <input type="checkbox"/>
Länger bestehende wiederkehrende Beschwerden <input type="checkbox"/> jetzt nicht akut <input type="checkbox"/>
Rauschmittel-/Zigarettenkonsum <input type="checkbox"/> Drogen Beginn: Alkohol Beginn:
Zigaretten Beginn und Anzahl/Tag
Impfpass vorhanden? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Durchgemachte schwere Erkrankungen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (Wenn ja, dann eintragen unter „Wichtige Info“ Seite 2)
Letzter Check-up
Allgemeinarzt, im Jahr:
Hautarzt, im Jahr:
Letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt / Urologen, im Jahr:
Sonstige Angaben
Arm-/Beinprothese <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/>
Hörhilfe <input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> wo?
Sonstiges?

Soziale Anamnese

Nicht berufstätig Elternzeit Rentner Selbstständig Beschäftigt in Vollzeit

Beschäftigt in Teilzeit Schüler/Ausbildung Beschäftigt im Schichtdienst

Besonderheiten

Pflegegrad Schwerbehinderung GdB in %

Patientenverfügung vorhanden?

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung: Asthma COPD Lungenkrebs Sarkoidose

Andere

Hauterkrankung: Neurodermitis Schuppenflechte Andere

Herz-Kreislauf-Erkrankung: Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt

Angeb. Herzfehler Herzkranzgefäßerkrankung (KHK) Andere

Neurologische Erkrankung: Epilepsie MS Parkinson Demenz

Depressionen Schizophrenie Andere

Stoffwechselerkrankung: Diabetes Hohes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung

Gicht Andere

Geschlechtskrankheiten: HIV Syphilis Andere

Sonstiges

Grüner Star Rheuma Chronische Hepatitis Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit

Krebserkrankungen Leber-/Nierenerkrankungen Andere

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden: Herzstolpern Häufige Infekte

Menstruationsbeschwerden Blut im Urin Rückenschmerzen

Probleme beim Wasserlassen/-halten Blut im Stuhl Verstopfung/Durchfälle

Seelische/nervöse Beschwerden

Allergien: Wespen-/Bienenstich Allergischer Schock in der Vergangenheit

Medikamente Lebensmittel Andere

Operationen: Herz Gefäße Wirbelsäule Bauch

Bewegungsapparat Künstliche Gelenke Andere

Dauermedikamente (auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

Medikamentenplan vorhanden? Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Nein (Bei Medikamenteneinnahme die. Dosierung unter „Wichtige Info“ eintragen s. u.)

Marcumar? Ja (bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor) Nein

Wichtige Info
