

# Anamnesebogen für Neupatient\*innen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu können. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig aus. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Praxisteam!

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Telefon-/Handy-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

Sie können uns außerdem gerne eine(n) Angehörige(n) nennen, der ggf. von uns kontaktiert werden darf/soll:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Vorsorgevollmacht? Falls ja, auf wen?**

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

**Bisheriger Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Behandelnde Fachärzte (Name, Fachrichtung, Adresse falls bekannt):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ihre Größe:** \_\_\_\_\_ m **Ihr Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Letzte Checkup-Untersuchung** \_\_\_\_\_ Noch nie

**Letztes Hautkrebs-Screening** \_\_\_\_\_ Noch nie

**Letzte Darmspiegelung** \_\_\_\_\_ Noch nie

**Haben Sie einen Impfpass?** Ja Ja, aber unvollständig (z.B. alten Impfpass verloren) Nein

*Bitte legen Sie uns Ihren Impfpass (falls vorhanden) einmal vor, damit wir ihn digital hinterlegen und Sie bezüglich empfohlener Impfungen beraten können!*

**Wurden in der Vergangenheit folgende Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert:** (rechts Platz für nähere Angaben, z.B. genauere Diagnose, Stadium, Diagnosedatum etc.)

- Bluthochdruck \_\_\_\_\_
- Koronare Herzerkrankung \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt \_\_\_\_\_
- Herzrhythmusstörung (Vorhofflimmern...) \_\_\_\_\_
- Schlaganfall \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörung der Beine \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus (wenn ja, welcher Typ?) \_\_\_\_\_
- Erhöhter Cholesterinspiegel \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenfunktionsstörung \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankungen \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD) \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Blut-/Knochenmarkserkrankung \_\_\_\_\_
- Thrombosen, Lungenembolien \_\_\_\_\_
- Augenerkr. (grauer/grüner Star, Maculadeg.) \_\_\_\_\_
- Neurolog. Erkr.. (MS, Parkinson, Demenz...) \_\_\_\_\_
- Psychische Erkrankungen (Depression...) \_\_\_\_\_
- Allergien (**Medikamente, Antibiotika...**) \_\_\_\_\_
- Chronische Infektionen (Hepatitis, HIV...) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Zurückliegende Operationen** (wenn möglich mit Datums-/Jahresangabe):  Keine

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Nein  Ja (Wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_)  Nicht mehr seit \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  Nein  Ja (Wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_)

