

# Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in allen Gesundheitsfragen und helfe Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Im Krankheitsfall berücksichtige ich immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten. Deshalb bitte ich Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Eine möglichst vollständige Ausfüllung wäre sehr hilfreich für den Behandlungsablauf.

Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen händigen Sie mir bitte beim Erstkontakt aus.

*Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!*

Name, Vorname:	_____						
Straße, Hausnr.:	_____						
Postleitzahl, Ort:	_____						
Tel.-Nr. Festnetz:	_____	Tel.-Nr. Mobil:	_____				
E-Mail:	_____						
Geburtsdatum:	_____	Gewicht:	_____ kg	Körpergröße:	_____ cm	BMI:	_____
Berufliche Situation:	<input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="checkbox"/> Hausfrau	<input type="checkbox"/> Rentner				
<input type="checkbox"/> berufstätig als:	_____ bei Firma _____						

  

<b>Bezugsperson</b>	<input type="checkbox"/> Ehefrau/Ehemann	<input type="checkbox"/> Mutter/Vater	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder	<input type="checkbox"/> _____	
Name, Vorname:	_____		
Straße, Hausnr.:	_____		
Postleitzahl, Ort:	_____		
Tel.-Nr. Festnetz:	_____	Tel.-Nr. Mobil:	_____
E-Mail:	_____		

  

<b>Grund des heutigen Praxisbesuchs</b>
<input type="checkbox"/> Akute Erkrankung
<input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Vorsorge (Check-Up)
<input type="checkbox"/> Impfung/ Überprüfung Impfschutz
Beschreibung Ihrer Beschwerden: _____
_____
Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____
Wann treten sie auf? _____
Für Schmerzpatienten: Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen? (Bitte ankreuzen)
leicht                      1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10                      stark

## Ihre Wünsche

Möchten Sie über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für Sie geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn sie über das Leistungsspektrum Ihrer Krankenkasse hinausgehen? Nein Ja

Möchten Sie vom Recall-System profitieren? Ja  
(empfehlen wir sehr, können Sie jederzeit widerrufen, falls dennoch nicht gewünscht, dann bitte streichen)

An welche Termine möchten Sie erinnert werden?

Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lj.

Krebsvorsorge nur bei Männern ab 46. Lj.

Impfungen

DMP (Disease Management Programm)

Auf welchem Weg möchten Sie informiert werden?

E-Mail

Telefon

Post

## Lebenssituation

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja, \_\_\_\_\_ Prozent

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? Nein Ja: \_\_\_\_\_

Sie sind ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Haben Sie Kinder? Nein ja: \_\_\_\_\_ /ggf. Geburtsjahr(e) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Trinken Sie Alkohol? Nein gelegentlich regelmäßig

Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: beruflich  
In Ihrer Freizeit (Sport)

Wie oft in der Woche: \_\_\_\_\_ Mal / \_\_\_\_\_ Std./Min. insgesamt

## Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt  bei wem? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  bei wem? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit  bei wem? \_\_\_\_\_

Schlaganfall  bei wem? \_\_\_\_\_

Darmkrebs  bei wem? \_\_\_\_\_

Brustkrebs  bei wem? \_\_\_\_\_

Krebs, sonst.  bei wem? \_\_\_\_\_

## Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern

Mumps

Röteln

Windpocken

## Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? (bitte ankreuzen)

- |                      |                          |                            |                          |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Keine                | <input type="checkbox"/> |                            |                          |
| Diabetes             | <input type="checkbox"/> | Schwindelanfälle           | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung      | <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit              | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck        | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> |
| Cholesterin zu hoch  | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankungen    | <input type="checkbox"/> | Gicht                      | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung     | <input type="checkbox"/> | Rheuma                     | <input type="checkbox"/> |
| Darmerkrankungen     | <input type="checkbox"/> | Asthma / chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung      | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankung      | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüse          | <input type="checkbox"/> | Migräne                    | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose          | <input type="checkbox"/> | Hautkrankheit              | <input type="checkbox"/> |
| Krebs                | <input type="checkbox"/> | Welche Art? _____          |                          |
| Allergien            | <input type="checkbox"/> | Welche? _____              |                          |
| Unfälle/Verletzungen | <input type="checkbox"/> | Welche? _____              |                          |

## In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

- Lungenarzt   Orthopäde   Urologe   Kardiologe   Neurologe  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Welche Operationen hatten Sie? (wann?)

- Keine
- |  |                 |                                       |                 |
|--|-----------------|---------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Gallenblasen-OP | ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Blinddarm-OP | ja, wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mandeln-OP      | ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Bruch-OP     | ja, wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augen-OP        | ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Knie-OP      | ja, wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schulter-OP     | ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Hüft-OP      | ja, wann: _____ |
- Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

## Waren Sie in den vergangenen 5 Jahren im Krankenhaus? Weswegen?

Wo?	Weswegen?	Wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name	Wie oft?	Seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Durst	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal	
Appetit	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> mit Brennen	<input type="checkbox"/> nachts öfter	<input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> normal
Monatsblutungen	<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Nachtschwitzen	<input type="checkbox"/> vermehrt			<input type="checkbox"/> normal
Gewicht	<input type="checkbox"/> Zunahme ___kg	<input type="checkbox"/> Abnahme ___kg		<input type="checkbox"/> konstant
Mir ist oft kalt / warm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich schwitze übermäßig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich habe oft Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich habe Luftnot / Luftmangel	<input type="checkbox"/> im Liegen	<input type="checkbox"/> beim Treppensteigen		
	<input type="checkbox"/> bei Aufregung			

## Zuletzt interessiert uns noch: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung     Telefonbuch     Internet     Homepage     Zeitung etc.  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Datum

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!