

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie hier optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, vorab folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Telefon:	Mobil:	Mail:

### Welche Beschwerden bestehen aktuell?

- Herzbeschwerden     Luftnot     Beschwerden der Nieren / der Harnwege
- Hauterkrankung     Beschwerden der Knochen / Gelenke     Magen-/Darmbeschwerden
- Schwindel     Seh-/Hörstörungen     Störungen der Libido/Sexualität
- Sonstige/nähere Beschreibung: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt:

- Diabetes     Schilddrüsenerkrankungen     Bluthochdruck     KHK     Herzschwäche
- Lungenerkrankungen     Schlaganfall     erhöhte Blutfette     Operationen
- Krebserkrankungen     Thrombose     Baucherkrankungen     psychische Erkrankungen
- Sonstige/nähere Beschreibung: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis, ggf. auch akt. Medikamentenplan mitbringen.)

Medikament, Stärke	früh	mittags	abends

Bitte wenden!

**Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?**  Ja  Nein

Wenn „Ja“, welche:

**Wie groß sind Sie?** \_\_\_\_\_ cm **Wie ist Ihr aktuelles Gewicht?** \_\_\_\_\_ kg

Sind Sie kleiner geworden?

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten deutlich verändert (mehr als +/- 2 kg)?

**Haben Sie einen Impfausweis?** Stehen Auffrischungsimpfungen an?

Für Patienten ab 18 bzw. ab 35 Jahren: **Wann war Ihr letzter Check-up?** \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**?  Ja, wann: \_\_\_\_\_  Nein

**Rauchen:**  Ja  Nein Wenn „Ja“: Wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_  
**Alkohol:**  Ja  Nein Wenn „Ja“: Wie viel und wie häufig: \_\_\_\_\_

**Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:**

- KHK/Herzinfarkt  Diabetes  Bluthochdruck  Krebserkrankungen  Schlaganfall  
 Durchblutungsstörungen der Beine  rheumatische Erkrankungen  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Treiben Sie **Sport**?  Ja  Nein

**Beruf:**

**Wohnsituation:**  mit Partner/in lebend  geschieden  verwitwet  alleinstehend  
 Angehörige im Haus

Mitunter ist der Austausch medizinisch relevanter Daten mit anderen Kollegen oder Dienstleistern erforderlich und wichtig.

Sind Sie ggf. einverstanden mit dem **Datenaustausch** zwischen meiner Praxis und (bitte ankreuzen):

- anderen Haus-/Fachärzten  
 Labordienstleistern  
 Krankenhäusern/Kliniken?

**Datum:**

**Unterschrift:**