

Allgemeinmedizinischer Anamnesebogen



Herzlich Willkommen!

Liebe Patient:innen,

als neue/n Patient:in heißen wir Sie herzlich willkommen!

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit (*) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____

Krankenkasse _____ Pflegestufe _____

Privatversichert ☐ ja ☐ nein

Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtstag _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Gibt es eine Bezugsperson, an die wir uns im Notfall wenden können?

☐ Ehefrau / Ehemann ☐ Mutter / Vater ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwester / Bruder ☐ _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil* _____

Bei welchen Ärzten waren oder sind Sie in Behandlung?

Allgemeinmedizinischer Anamnesebogen



Sind bei Ihnen / in Ihrer Familie Vorerkrankungen bekannt?

- | | |
|--|---|
| HIV-Infektion/AIDS | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leberentzündung/Hepatitis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Asthma/Chron. Bronchitis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Melanom (schwarzer Hautkrebs) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Basaliom, Spinaliom, Morbus Bowen (weißer Hautkrebs) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Krebserkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Psychische Erkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Harnsäurestörung/Gicht | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Gelenkerkrankung/Rheuma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzkrankheit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Neurodermitis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schuppenflechte | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Krampfadern | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Akne | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutzuckerkrankheit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Grünen oder Grauen Star | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Allergien | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
- Wenn ja, wogegen? _____
- _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Wurden bereits Operationen durchgeführt?

☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, welche & wann? _____

Berufs- und Lebenssituation

- | | |
|-------------------------------|---|
| Schüler:in / Student:in | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hausfrau / Hausmann | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Rentner:in | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Berufstätig, wenn ja als was? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
- _____

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem täglichen (Berufs-) Leben, wenn ja welche? ☐ ja ☐ nein

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja ☐ nein

Körpergröße: _____ cm | **Gewicht:** _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Impfausweis?

☐ ja ☐ nein

*Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit.
Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.*

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss

- Wenn ja, in welcher Woche?

Wegen des Mutterschutzes bitten wir Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

Haben Sie bereits entbunden? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie die Antibabypille? ☐ ja ☐ nein

Monatsblutungen regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

Monatsblutungen stark? ☐ ja ☐ nein

Datum, Unterschrift