

Anamnesebogen für Neupatienten

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: _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt (Adresse)

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt)

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

- Ja, bei einem anderen Hausarzt
- Nein

Was ist ihr aktueller Anlass? Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

- Schmerzen
wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

- akute Beschwerden

- andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte
- Ich habe zurzeit keine Beschwerden. Ich wünsche nur
 - Vorsorge
 - Kontrolle
 - Beratung

Kinderkrankheiten

- Masern
- Windpocken
- Röteln
- Ich weiß es nicht
- Sonstige

Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Sonstige

	Ja	Nein
Operationen / Unfälle		
Chronische Erkrankungen		
Bekannte Allergien		
Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut		
Dauermedikamente (auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)		

Bei „Ja“ bitte Anlage ausfüllen

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- Drogen Beginn: _____
- Alkohol Beginn: _____
- Zigaretten Beginn: _____

Impfpass vorhanden?

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- Nein

Covid 19 Impfung erwünscht?

- erwünscht
- nicht erwünscht
- vorhanden

Durchgemachte schwere Erkrankungen

Letzter Check-up

- Allgemeinarzt, im Jahr:

- Hautarzt, im Jahr:

- Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologe, im Jahr:

Sonstige Angaben

- Arm-/Beinprothese
- Stoma
- Herzschrittmacher
- Port
- Zahnprothese
- Hörhilfe
- Brille/Kontaktlinsen
- Shunt, wo? _____
- Sonstiges _____

Soziale Anamnese

- Nicht berufstätig
- Elternzeit
- Rentner
- Selbstständig
- Beschäftigt in Vollzeit
- Beschäftigt in Teilzeit
- Schüler/Ausbildung
- Beschäftigt im Schichtdienst

Wohnsituation

- Alleine
- Mit Familie/Partner/in
- Betreutes Wohnen
- Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

- Nein
- Ja, _____

Schwerbehinderung

- Nein
- Ja, GdB in % _____

Patientenverfügung vorhanden?

- Nein
- Ja

Zusatzversichert für stat. Behandlung?

- Nein
- Ja

Sonstige wichtige Informationen

Datum, Unterschrift

Anlage zum Anamnesebogen

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
- Andere

Allergien

- Wespen-/Bienenstich
- Allergischer Schock in der Vergangenheit

- Medikamente _____
- Lebensmittel _____
- Andere _____

Operationen

- Herz
- Gefäße
- Wirbelsäule (bitte erläutern)

- Bauch (bitte erläutern)

- Bewegungsapparate
 - Künstliche Gelenke
 - Andere _____
- Sonstiges

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

Marcumar?

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

Sonstige wichtige Informationen (z.B. chronische Erkrankungen familiär 1. Grades)