



## Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

### Chronische Erkrankungen

#### Lungenerkrankungen

- Asthma                       COPD                       Lungenkrebs                       Sarkoidose  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Hauterkrankungen

- Neurodermitis                       Schuppenflechte                       Andere \_\_\_\_\_

#### Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck                       Schlaganfall                       Herzinfarkt                       Angeb. Herzfehler  
 Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)                       Andere \_\_\_\_\_

#### Neurologische Erkrankung

- Epilepsie                       MS                       Parkinson                       Demenz                       Depression  
 Schizophrenie                       Andere \_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes                       Hohes Cholesterin                       Schilddrüsenerkrankung                       Gicht  
 Andere \_\_\_\_\_

#### Geschlechtskrankheiten

- HIV                       Syphilis                       Andere \_\_\_\_\_

#### Sonstiges

- Grüner Star                       Rheuma                       Chronische Hepatitis B / C                       Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit  
 Grauer Star                       Thrombose / Lungenembolie  
 Krebserkrankungen \_\_\_\_\_  
 Leber-/ Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_  
 Andere \_\_\_\_\_

### Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- Herzstolpern                       Schwindel                       Häufige Infekte                       Rückenschmerzen  
 Blut im Urin                       Menstruationsbeschwerden                       Probleme beim Wasserlassen/-halten  
 Blut im Stuhl                       Verstopfung/Durchfälle                       Seelische/nervöse Beschwerden  
 Andere \_\_\_\_\_

## Allergien

- Wespen-/ Bienengift                       Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente \_\_\_\_\_
- Lebensmittel \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_

## Operationen (wenn möglich bitte erläutern)

- Herz \_\_\_\_\_
- Gefäße \_\_\_\_\_
- Bauch \_\_\_\_\_
- Bewegungsapparat
- künstliche Gelenke \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_
- Wirbelsäule \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Medikamente

### 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:

## Operationen / Unfälle

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

## Chronische Erkrankungen

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

## Bekannte Allergien

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

## Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

## Dauermedikamente

Nein  Ja (bitte Anlage ausfüllen)

## Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

Drogen Zeitraum: \_\_\_\_\_  
 Alkohol Zeitraum: \_\_\_\_\_  
 Zigaretten Beginn&Anzahl/Tag: \_\_\_\_\_

## Impfpass vorhanden?

Nein  Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

## Soziale Anamnese

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

## Wohnsituation

Alleine  Mit Familie  Betreutes Wohnen  Seniorenheim

## Sonstiges

### Pflegegrad

Nein  Ja \_\_\_\_\_

### Schwerbehinderung

Nein  Ja, GdB in % \_\_\_\_\_

### Sonstige wichtige Informationen

## Durchgemachte schwere Erkrankungen

---

---

---

## Sonstige Angaben

Arm-/Beinprothese  
 Stoma  
 Herzschrittmacher  
 Port  
 Zahnprothese  
 Hörhilfe  
 Brille/Kontaktlinsen  
 Shunt  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

## COVID-19 geimpft?

Nein  
 Erstimpfung erhalten  
 Zweitimpfung erhalten  
 Booster-Impfung erhalten  
 Ich habe Interesse an einer Booster-Impfung

---

Datum, Unterschrift



## 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. Danke für Ihre Mithilfe!

Name , Vorname \_\_\_\_\_  
Geboren am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder \_\_\_\_\_  
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)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- andere akute Beschwerden  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte.
- Ich habe zurzeit keine akuten Beschwerden.  
Ich wünsche nur  
 Vorsorge       Kontrolle       Beratung
- Übelkeit / Erbrechen  
 Fieber  
 Schwindel

## Kinderkrankheiten

- Masern  
 Windpocken  
 Röteln  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost  
 Vegetarisch  
 Vegan  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_