



Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine optimale Betreuung und Beratung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Angaben werden Ihrer Patientenakte beigelegt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Email:

Adresse:

Größe:

Gewicht:

Vorerkrankungen

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	☐	☐	neurologische Erkrankung	☐	☐
Diabetes	☐	☐	psychische Erkrankung	☐	☐
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	Unfälle/Operationen	☐	☐
Herzerkrankung	☐	☐	HNO Erkrankungen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	Infektionskrankheiten	☐	☐
Lebererkrankung	☐	☐	Hauterkrankungen	☐	☐
Lungenerkrankung	☐	☐	Knochen-/Gelenk-/Erkrankung	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	Nieren/Harnwege/Geschlechtsorgane	☐	☐
Magen-Darm-Erkrankung	☐	☐	Erkrankung	☐	☐
Tumor/Krebs	☐	☐	Schlafstörungen	☐	☐
Gefäßerkrankung	☐	☐			
Augenerkrankung	☐	☐			

sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen/Leiden/Unfälle/Operationen:

Allergien & Unverträglichkeiten:

starke Zunahmen/Abnahmen in den letzten 6 Monaten:

Genuss- & Suchtmittel

Nikotin Frequenz & Menge:

Alkohol Frequenz & Menge:

weitere Drogen

Ernährungsgewohnheiten

	ja	nein
Mischkost	☐	☐
vegetarisch	☐	☐
vegan	☐	☐
sonstiges	☐	☐

Bei Frauen

	ja	nein
besteht eine Schwangerschaft:	☐	☐
Welche Woche:		
Komplikationen:		



Durchgeführte Untersuchungen

	ja	nein
Magenspiegelung	☐	☐
Darmspiegelung	☐	☐
Herzkatheter	☐	☐

Teilnahme an Disease Management Programm (DMP)

	ja	nein
Diabetes	☐	☐
KHK	☐	☐
Asthma	☐	☐
COPD	☐	☐

Allgemeine Fragen

Letzter Check-up:
Letzte Hautkrebsvorsorge:
Vorsorge beim Gynäkologen/Urologen:
Letzte Augenkontrolle:
Letztes Ruhe-EKG:
Letztes Belastungs-EKG:
Letztes Langzeit-EKG:
Letzte Langzeit-Blutdruckmessung:

Vollständiger Impfstatus:
Offene Impfungen (kann gerne geprüft werden von uns):

Sonstige Angaben

	ja	nein
Herzschritmacher	☐	☐
Hörhilfe	☐	☐
Sehhilfe	☐	☐
Gehhilfe	☐	☐
Prothesen	☐	☐
Zahnprothesen	☐	☐
Stoma	☐	☐
Port	☐	☐
Shunt	☐	☐

sonstige:

Sozialanamnese

Aktuelle Tätigkeit ☐ _____
Rentner ☐ _____
Pflegegrad ☐ _____
Grad der Behinderung ☐ _____

Familienanamnese

Erkrankungen bei Eltern, Großeltern etc.
Familiäre Situation z.B. Wohnsituation, Familienstand:
Patientenverfügung/Vollmacht



Medikamente

Medikament	Einnahme	Wofür?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Bisheriger Hausarzt oder weitere behandelnde Fachärzte

Bitte bringen Sie zum Termin Ihre Gesundheitskarte, Ihren Impfausweis, vorhandene Befunde/Arztberichte und ggf. einen Medikamentenplan mit!

Hiermit bestätige ich die von mir erfolgten Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift
