

# Anamnesebogen für neue Patienten

---

## Allgemein-/Hausarztpraxis Dr. med. Katharina van der Meer

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

### Persönliche Daten

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  Nein  Ja, Grad: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

### Kontaktaufnahme & Datenschutz

Ich stimme der Kontaktaufnahme durch die Praxis zu via:

Telefon

E-Mail

Ich bin einverstanden, folgende Informationen digital zu erhalten:

Terminerinnerungen (sobald die Software das zulässt)

Medizinische Dokumentation

Rechnungen

## Notfallkontakt

Nächste Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden?  Ja  Nein

Falls nein, wünschen Sie eine Beratung hierzu?  Ja  Nein

## Hausarzt & Fachärzte

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

## Körperliche Angaben

Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen

Erkrankung	Nein	Ja	welche/seit wann?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung/-infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien (Medikamente/sonstige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Operationen & Krankenhausaufenthalte

Gab es Operationen oder längere Krankenhausaufenthalte?

Nein    Ja, welche/wann?

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein    Ja, welche?

Bitte bringen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan und Impfausweis mit.

## Allergien & Unverträglichkeiten

Allergien gegen Medikamente?  Nein

Ja:

Weitere Allergien (z.B. Nahrungsmittel, Pollen, Tiere)?  Nein

Ja:

## Lebensstil

Rauchen Sie?  Nein  Ja, wieviel: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja, wieviel: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  Nein  Ja, Art/Häufigkeit: \_\_\_\_\_

## Weitere Erkrankungen

Erkrankung	Nein	Ja	welche/seit wann?
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen- /Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

<b>Erkrankung</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>bei wem?</b>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Therapie mit Blutverdünnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Vorsorge & Untersuchungen

Wurden folgende Untersuchungen bereits durchgeführt? Wenn ja, wann?

Darmspiegelung:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Hautkrebsscreening:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Herzkatheter:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Gynäkologische/urologische Vorsorge:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

## Sonstiges / Freitext

Gibt es weitere wichtige Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Hinweis:

**Bitte bringen neben dieses ausgedruckte, unterschriebene Formular auch zum ersten Termin Ihre Versicherungskarte, Impfausweis und, wenn vorhanden, vollständigen Medikamentenplan mit.**