

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

Krankenkasse / Versichertennummer: _____

Notfallkontakt (Name, Telefon): _____

2. Vorerkrankungen

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

(rechts: Seit wann? Nähere Angaben)

Bluthochdruck Nein Ja _____

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja _____

Herzerkrankungen Nein Ja _____

Schlaganfall Nein Ja _____

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja _____

Zuckerkrankheit / Diabetes Nein Ja _____

Fettstoffwechselstörung Nein Ja _____

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja _____

Tumorerkrankungen Nein Ja _____

Leber- / Nierenerkrankungen Nein Ja _____

Chronische Infektionskrankheiten Nein Ja _____

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja _____

Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Magen- / Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Rheuma / Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Krampfleiden / neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Operationen / Unfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

3. Genussmittel und Lebensgewohnheiten

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel / nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wie viel / wie oft: _____

Treiben Sie Sport? Was und wie oft: _____

4. Allergien und Unverträglichkeiten

Haben Sie Allergien? Nein Ja

– Gegen Medikamente? Nein Ja Wenn ja, gegen welche: _____

– Andere Allergien / Unverträglichkeiten: _____

– Reaktion (z. B. Hautausschlag, Atemnot): _____

5. Körperliche Angaben

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zugenommen abgenommen

6. Aktuelle Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Bitte einen aktuellen Medikamentenplan mitbringen, falls vorhanden.)

7. Bereits durchgeführte Untersuchungen

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- Herzkatheter Nein Ja _____
- Magenspiegelung Nein Ja _____
- Darmspiegelung Nein Ja _____
- Ultraschall (z. B. Herz, Bauch) Nein Ja _____
- MRT / CT Nein Ja _____
- Sonstige: Nein Ja _____

8. Impfungen

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit. Zum letzten Mal geimpft gegen:

- Tetanus: _____ Diphtherie: _____
- FSME (Zecken): _____ Influenza (Grippe): _____
- Pneumokokken: _____ Masern/Mumps/Röteln: _____
- Hepatitis A / B: _____ COVID-19: _____

9. Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Krankheiten bekannt?

- Bluthochdruck Nein Ja _____
- Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja _____
- Herzerkrankungen Nein Ja _____
- Schlaganfall Nein Ja _____
- Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja _____
- Zuckerkrankheit / Diabetes Nein Ja _____
- Tumorerkrankungen Nein Ja _____
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja _____
- Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja _____
- Psychische Erkrankungen / Erbkrankheiten Nein Ja _____

10. Sozialanamnese

Familienstand: _____ Kinder (Anzahl, Alter): _____

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

11. Zusätzliche Angaben (nur für Patientinnen)

Sind Sie aktuell schwanger? (SSW) Nein Ja _____

Besteht Kinderwunsch? Nein Ja _____

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel ein? Nein Ja _____

Hatten Sie bereits die Wechseljahre? Nein Ja _____

Letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (Datum): _____

12. Weitere wichtige Informationen

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Hinweise für unsere Patientinnen und Patienten

- Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihren Impfausweis und – falls vorhanden – einen aktuellen Medikamentenplan mit.
- Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin. Auch bei akuten Erkrankungen rufen Sie uns vorher an; bei Bedarf ermöglichen wir einen Termin am selben Tag.
- Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der medizinischen Behandlung unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden.

Woltersdorf, den _____

Unterschrift: _____

Patient:in / gesetzliche:r Vertreter:in

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Team der Landarztpraxis Diana Perske