

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patient:innen, um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, folgende **vier Seiten** auszufüllen. Ihre Ärztin / Ihr Arzt wird die Angaben später mit Ihnen durchgehen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Dieses Formular erscheint nicht in Ihrer ePA.

Persönliche Daten

Vorname: _____ Name: _____ Alter: _____ Jahre

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers / unbestimmt

Telefon / Handy: _____ Mail: _____

Größe / Gewicht: _____ cm / _____ kg ☐ Zunahme ☐ Abnahme im letzten Jahr?

Wer war Ihr(e) letzte(r) Hausarzt(in)?

Name / Adresse: _____ Letzter Besuch: _____

1

Sozialanamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Familienstand: ☐ Single ☐ Partnerschaft ☐ verheiratet ☐ verwitwet

Beruf / aktuelle Tätigkeit / ehemaliger

Beruf: _____

Sind Sie ☐ erwerbslos ☐ berentet / pensioniert ☐ im Vorruhestand

☐ nein ☐ ja Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad? Grad _____

☐ nein ☐ ja Besteht bei Ihnen ein Behinderungsgrad? Grad _____% / Grund _____

☐ nein ☐ ja Werden Sie durch eine Hauskrankenpflege unterstützt? _____

☐ nein ☐ ja Haben Sie eine Patientenverfügung? Datum _____

Grund der Vorstellung (bitte antworten Sie in Stichworten)

Allgemeine Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐nein ☐ja Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich? _____ Seit wann? _____
- ☐nein ☐ja Haben Sie früher geraucht? Wenn ja, bis wann + wieviel _____
- ☐nein ☐ja Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Woche? _____
- ☐nein ☐ja Konsumieren Sie Schlaftabletten, Stimmungsaufheller, Drogen?
Welche? _____

2

- ☐nein ☐ja Sind Sie im Besitz eines Impfpasses? Legen Sie diesen bitte vor.
- ☐nein ☐ja Sind Allergien bekannt? Welche?

- ☐nein ☐ja Sind Sie regelmäßig körperlich aktiv (mind. 3 x 30 Minuten pro Woche)?
Sport: _____

Andere Betätigungen: _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen) Seit wann (Jahr)?

- ☐nein ☐ja Bluthochdruck, medikamentöse Therapie seit _____
- ☐nein ☐ja Herzgefäßerkrankung / Herzinfarkt _____ / Therapie

- ☐nein ☐ja angeborene oder erworbene Herzerkrankung _____
- ☐nein ☐ja Durchblutungsstörungen der Beine / Halsgefäße, OP _____

☐nein ☐ja Schlaganfall

☐nein ☐ja Diabetes mellitus ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 _____ Insulin ☐ nein ☐ ja

☐nein ☐ja Fettstoffwechselstörung

☐nein ☐ja Lungenerkrankungen

☐nein ☐ja Thrombose / Lungenembolie

☐nein ☐ja Krebserkrankung

☐nein ☐ja chronische Infektionserkrankung

3 ☐nein ☐ja Störung Blutgerinnung / Blut

☐nein ☐ja Augenerkrankung

☐nein ☐ja Neurologische Erkrankungen

☐nein ☐ja Psychische Erkrankungen

☐nein ☐ja andere:

Stationäre Krankenhausbehandlungen (wann – warum – wo?)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein und wie häufig?

☐ siehe mitgebrachter Medikamentenplan ☐ siehe Plan in elektronischer Patientenakte

	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends
	☐ Woche	☐ 1 Monat	☐ 2 Monate
	☐ Woche	☐ 1 Monat	☐ 2 Monate

Andere:

Familienanamnese: gibt es in Ihrer Familie folgende Krankheiten (Bitte ankreuzen)?

☐ Diabetes mellitus

☐ Bluthochdruck

☐ Schlaganfall oder Herzinfarkt vor dem 60. Lebensjahr

☐ Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyceride, HDL / LDL)

☐ Asthma bronchiale ☐ COPD ☐ Neurodermitis ☐ Heuschnupfen

☐ Krebserkrankungen

☐ Psychische Erkrankungen

Für Frauen

☐ nein ☐ ja Waren Sie jemals schwanger? Anzahl Schwangerschaften

☐nein ☐ja Haben Sie Kinder geboren? Anzahl: ____

☐nein ☐ja Sind Ihre Kinder gesund?

☐nein ☐ja Leiden / Litten Sie an Hypermenorrhoe (verstärkter Monatsblutung?)

Für Kinder

☐gemeinsames Sorgerecht ☐alleiniges Sorgerecht ☐Mutter ☐Vater

Wurden bei Ihnen jemals folgende Vorsorge-Untersuchungen durchgeführt? Wann (Jahr)?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐nein ☐ja Check up 35 Gesundheitsuntersuchung (alle 3 Jahre) _____

☐nein ☐ja Krebsfrüherkennung Frauen / Männer _____

☐nein ☐ja Hautkrebs-Screening _____

☐nein ☐ja Darmspiegelung _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Datum & Unterschrift:

Bei Minderjährigen < 16. Lebensjahr bitten wir um Unterschrift durch die / den Erziehungsberechtigten.