

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 geschieden

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? _____

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: _____

2

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 _____

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

3

_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends
_____	<input type="checkbox"/> Woche	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 2 Monate
_____	<input type="checkbox"/> Woche	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 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 _____

4

Fachärzt:innen, zu denen ich regelmäßig (mindestens 1 x jährlich) gehe:

- Kardiologe Name: _____
- Orthopäde Name: _____
- Neurologe Name: _____
- Diabetologe Name: _____
- andere: _____
- andere: _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Datum & Unterschrift: _____

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