

**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

Haben Sie Kinder?  nein  ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

nein  ja Haben Sie einen Organspendeausweis? 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, wie viel+ wie lange \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

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.