

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,  
Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

*Zutreffendes bitte Ankreuzen bzw. Ausfüllen!*

## Angaben zu Ihrer Person:

Vor- und Nachnamen: \_\_\_\_\_

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

Telefon-Nr. Privat: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax- Nr.: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

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

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte / Freunde

Familienmitglieder

Krankenkasse

Homepage

Arztportale

Andere → Welche? \_\_\_\_\_

## Wer war Ihr bisheriger Hausarzt/Hausärztin?

\_\_\_\_\_

### Bekannte Vorerkrankungen

- Bluthochdruck → seit wann: \_\_\_\_\_
- Hohe Blutfette → seit wann: \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt → wann: \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus → seit wann: \_\_\_\_\_
- Schlaganfall → wann: \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankung → seit wann: \_\_\_\_\_
- Asthma Bronchiale → seit wann: \_\_\_\_\_
- COPD → seit wann: \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen, welche: \_\_\_\_\_

### Vorgeschichte

(z.B. Kindererkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Kuren, etc..)

---

---

### Familiengeschichte

(z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Tumorerkrankungen, Schlaganfälle bei Blutsverwandten)

---

---

### Risikofaktoren

- Alkohol → wieviel: \_\_\_\_\_
- Nikotin → wieviel: \_\_\_\_\_
- Drogen → was, wieviel und wie lange: \_\_\_\_\_
- Gerinnungsstörung: \_\_\_\_\_
- Sonstige → welche: \_\_\_\_\_

### Allergien und Unverträglichkeiten

- Heuschnupfen → welche Allergene: \_\_\_\_\_
- Medikamente → welche: \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittel → welche: \_\_\_\_\_
- Sonstige → welche Allergene: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen?**

(z.B. Organentfernung, Gelenkersatz, Implantate, etc..)

---

---

**Wann war die letzte Krebsvorsorge / Gesundheitsuntersuchung?**

Noch nie       Jahr: \_\_\_\_\_

**Dauermedikation** (Haben Sie einen Medikamentenplan?)

---

---

**Bedarfsmedikation** (auch frei verkäufliche Medikamente, Vitamine, etc..)

---

---

**Für Patientinnen**

Ist Ihre monatliche Periodenblutung regelmäßig?     Ja     Nein

Nehmen Sie die Antibabypille?     Ja     Nein     Sterilisation → wann: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Spontangeburt?     Ja → wann: \_\_\_\_\_     Nein

Gab es einen oder mehrere Kaiserschnitte?     Ja → wann: \_\_\_\_\_     Nein

Wurden bereits die Gebärmutter und/oder Eierstöcke entfernt?     Ja → wann: \_\_\_\_\_

Stillen Sie?     Ja     Nein     Nein

**Einwilligung**

Ich willige bis zu meinem schriftlichen Widerruf in eine Mitteilung an die oben angegebenen Kontaktdaten ein, falls die Praxis Informationen oder Rückfragen hat, z.B. für Laborwertmitteilungen, Terminabsprachen, Vereinbarung von Terminen bei Fachärzten, Arzneimittelinformationen.

Ich möchte an das Erinnerungssystem (Recall) teilnehmen und wichtige Termine wie z.B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden.

Mühlheim am Main, den \_\_\_\_\_ Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_