

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Ihre Angaben werden in unserem System gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Kontaktperson: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse): _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt): _____

Bisherige Teilnahme an Behandlungsprogrammen (DMP)

- nein ja (welche)
- Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II
- KHK COPD Asthma

Kinderkrankheiten

- Masern Ich weiß es nicht
- Windpocken Sonstige
- Röteln

Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost Vegan
- Vegetarisch Sonstige

Operationen/Unfälle

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Durchgemachte schwere Erkrankungen/ Krankenhausaufenthalte (ggf. Anlage nutzen)

Chronische Erkrankungen

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Bekannte Allergien

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Länger bestehende / wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Dauermedikamente

(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen,
inkl. Name und Dosierung)

Bisherige Vorsorgeuntersuchungen

- Check up allg., im Jahr:
- Hautcheck, im Jahr:
- Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt,
Urologen, im Jahr:
- Darmspiegelung, im Jahr:

Name:

Vorname:

geb. am:

Rauschmittel / Zigarettenkonsum

- Drogen Beginn:
 Alkohol Beginn:
 Zigaretten Beginn & Anzahl/Tag:

Sonstige Angaben

- Arm- / Beinprothese Zahnprothese
 Stoma Hörhilfe
 Herzschrittmacher Brille/Kontaktlinse
 Port Shunt, wo?
 Sonstiges

Impfpass vorhanden

- Nein Ja, bitte legen Sie uns diesen vor

Soziale Anamnese

- Nicht berufstätig Beschäftigt in Teilzeit Schüler / Ausbildung
 Elternzeit Beschäftigt in Vollzeit Selbstständig
 Rentner Beschäftigt im Schichtdienst

Wohnsituation

- Alleine Mit Familie Betreutes Wohnen Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

- Nein Ja

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden?

- Nein Ja

Schwerbehinderung

- Nein Ja, GdB in %

Zusatzversichert für stationäre Behandlung?

- Nein Ja

Sonstige wichtige Informationen

Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern

- Schmerzen: wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz;
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)
- Übelkeit/Erbrechen
- Fieber
- andere akute Beschwerden
Andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch
benennen möchte.
- Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur
 Vorsorge Kontrolle Beratung

.....
Datum, Unterschrift

Anlage zum Anamnesebogen

Name:

Vorname:

geb. am:

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung

- Asthma COPD Lungenkrebs Sarkoidose
 Andere

Hauterkrankung

- Neurodermitis Schuppenflechte Andere

Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt Angeb. Herzfehler
 Herzkranzgefäßerkrankungen (KHK)
 Andere

Neurologische Erkrankung

- Epilepsie MS Parkinson Demenz
 Depressionen Schizophrenie
 Andere

Stoffwechselerkrankung

- Diabetes Hohes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung Gicht
 Andere

Geschlechtskrankheiten

- HIV Syphilis Andere

Sonstiges

- Grüner Star Rheuma Chron. Hepatitis Medikamenten- / Drogenabhängigkeit
 Krebserkrankungen
 Leber- / Nierenerkrankungen
 Andere

Name:

Vorname:

geb. am:

Länger bestehende / wiederkehrende Beschwerden

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzstolpern | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen/-halten |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Verstopfung / Durchfälle | <input type="checkbox"/> Seelische / nervöse Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

WICHTIG: Allergien

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wespen- / Bienengift | <input type="checkbox"/> Allergischer Schock in der Vergangenheit |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Lebensmittel |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

Operationen (wann)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bauch (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat |
| <input type="checkbox"/> Gefäße | | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (bitte erläutern) | | <input type="checkbox"/> Andere |
| | | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

Blutverdünnung?

- Nein
- Ja (welche; ggf. Pass vorlegen)

Sonstige wichtige Informationen