

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte füllen Sie nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Sollten Sie sich nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Telefon: ..... Handy .....

E-Mail: .....

Kontaktperson: .....

bisheriger Hausarzt: .....

Adresse: .....

Wie **groß** sind Sie: ..... (**cm**) Wieviel **wiegen** Sie: ..... (**kg**)

Haben Sie in den letzten **6 Monaten** stark zu- oder abgenommen?

NEIN  zu  ab

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

.....

.....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann? Nähere Angaben:

**Lungenerkrankungen:**

Asthma NEIN  JA  .....

COPD/Raucherlunge NEIN  JA  .....

Fibrose NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Bluthochdruck NEIN  JA  .....

Schlaganfall NEIN  JA  .....

Herzinfarkt NEIN  JA  .....

Thrombose/Lungenembolie NEIN  JA  .....

Herzkranzgefäßerkrankung (KHK) NEIN  JA  .....

Durchblutungsstörung der Beine (AVK) NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Hauterkrankungen:**

Neurodermitis NEIN  JA  .....

Schuppenflechte NEIN  JA  .....

Rosazea NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Neurologische Erkrankungen:**

Epilepsie NEIN  JA  .....

Multiple Sklerose NEIN  JA  .....

Parkinson NEIN  JA  .....

Demenz NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Psychische Erkrankungen:**

Depression NEIN  JA  .....

Angst NEIN  JA  .....

Mobbing NEIN  JA  .....

Belastungsstörung NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckererkrankung NEIN  JA  .....

Cholesterin NEIN  JA  .....

Gicht NEIN  JA  .....

Schilddrüsenerkrankung NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Sonstiges:**

Rheuma NEIN  JA  .....

Chronische Hepatitis NEIN  JA  .....

Leber-oder Nierenerkrankung NEIN  JA  .....

Chronisches Schmerzsyndrom NEIN  JA  .....

HIV NEIN  JA  .....

Krebserkrankung NEIN  JA  .....  
*wenn ja welche*

Gerinnungsstörung NEIN  JA  .....  
*wenn ja welche*

Medikamentenabhängigkeit/  
 Drogenabhängigkeit NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Allergien:**

Pollen/Gräser NEIN  JA  .....

Wespen-/Bienengift NEIN  JA  .....

Medikamente: NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Operationen:**

Herz NEIN  JA  .....

Bauch NEIN  JA  .....

Gefäße NEIN  JA  .....

Wirbelsäule NEIN  JA  .....

Künstliche Gelenke NEIN  JA  .....

Mandeln/Polypen NEIN  JA  .....

Leistenbruch NEIN  JA  .....

Knochenbruch NEIN  JA  .....

Blinddarm NEIN  JA  .....

Andere: NEIN  JA  .....

**Sonstige Angaben:**

Brille/Kontaktlinse	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Stoma	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Port	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Herzschrittmacher	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Arm-/Beinprothese	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
			<i>rechts</i> <input type="checkbox"/> <i>links</i> <input type="checkbox"/>
Shunt	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Sonstiges:	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....

**Erkrankungen in der Familie:**

Herzinfarkte/Schlaganfälle	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Zuckererkrankung	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Krebserkrankungen	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....
Neurodermitis/Asthma	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	.....

**Vorsorgeuntersuchungen:**

Hautarzt	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	zuletzt: .....
Darmspiegelung	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	zuletzt: .....
Urologe/Gynäkologe	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	zuletzt: .....

**Alkohol**

NEIN  JA  \_\_\_\_ / Woche Wie viel? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Nikotin**

NEIN  JA  \_\_\_\_ / Woche Wie viel? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Drogen**

NEIN  JA  \_\_\_\_ / Woche Wie viel? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Impfpass vorhanden**

NEIN  JA  (bitte diesen vorlegen)

**Sport**

NEIN  JA  welcher, .....

**Medikamentenplan vorhanden?**

NEIN  JA  (bitte legen Sie uns diesen vor)

**Sozialanamnese:**

- berufstätig NEIN  JA  .....
- nicht berufstätig NEIN  JA  .....
- Selbständig NEIN  JA  .....
- Schüler/Ausbildung NEIN  JA  .....
- Rentner NEIN  JA  .....
- Elternzeit NEIN  JA  .....

**Familienstand:**

- ledig NEIN  JA  .....
- verheiratet NEIN  JA  .....
- verwitwet NEIN  JA  .....
- Kinder NEIN  JA  .....

**Wohnsituation:**

- allein NEIN  JA  .....
- mit Familie NEIN  JA  .....
- betreutes Wohnen NEIN  JA  .....
- Seniorenheim NEIN  JA  .....
- Pflegegrad NEIN  JA  .....
- Pflegedienst NEIN  JA  .....

**Zuzahlungsbefreiung**

- NEIN  JA  .....  
(bitte vorlegen)

**Schwerbehinderung**

- NEIN  JA  .....  
(GdB in %)

**Patientenverfügung**

- NEIN  JA  .....  
(bitte vorlegen)

**Patientenvollmacht**

Name, Vorname, Telefon:

.....

**Gibt es etwas Wichtiges, was Sie uns gerne mitteilen möchten?**

.....

.....

**Teilnahme:**

- HZV (Hausarztzentrierte Versorgung)  
 DMP

## Datenschutz

### (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte in- innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein.  
 Ich willige nicht ein.

## Unterschrift

Zur Unterschrift klicken Sie bitte in das Feld.

*Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter  
Ort/Datum*

Bitte geben Sie den Fragebogen, Medikamentenplan und den Impfausweis am Empfang ab.

Bei Fragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung und helfen Ihnen.

**Willkommen in unserem MVZ!**