

# HERZLICH WILLKOMMEN

## in unserer Praxis



**HAUSÄRZTE**  
an der Alten Feuerwache

### Anamnesebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  in Partnerschaft  verheiratet  verwitwet

Eigene Kinder Anzahl \_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Gefahrenstoffe? \_\_\_\_\_

Stuhlgang  regelmäßig  Verstopfung  Durchfall  Blut im Stuhl

Wasserlassen  Normal  Schmerzhaft  blutig  in der Nacht, wie oft? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag, \_\_\_\_\_ Jahre insgesamt

Trinken Sie Alkohol?  Nie  Gelegentlich  Regelmäßig Wie oft pro Woche \_\_\_\_\_

Größe und Gewicht \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg Gewichtsveränderung in den letzten 6 Monaten? \_\_\_\_\_ kg

Sport Treiben Sie regelmäßig Sport?  Nein  Ja Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

Welche Sportarten? \_\_\_\_\_

#### Allergien/Unverträglichkeiten:

Medikamente  Lebensmittel  Gräser/Pollen  Pflaster

\_\_\_\_\_  Kontrastmittel

\_\_\_\_\_  Jod

#### Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?

Bluthochdruck  Verengte Herzkranzgefäße/Herzinfarkt  Schlaganfall  Aneurysma

Thrombose/ Lungenembolie

Diabetes (Zucker)

Asthma bronchiale  COPD/ Chronische Bronchitis

Fettstoffwechselstörung (hohes Cholesterin)

Tumorerkrankungen Welche? Wann? \_\_\_\_\_

Epilepsie (Krampfleiden)

Psychische Erkrankungen, z.B. Depressionen, Angststörungen, Phobien

Operationen Welche? Wann? \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Kontrazeption (die Pille)  Sonstige:

Medikament (Name und Dosierung)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Gesundheitsuntersuchung (Check-Up):  Noch nicht  Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Ab 35 Jahren: Hautkrebsscreening  Noch nicht  Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Ab 50 Jahren: Darmkrebsvorsorge  Noch nicht  Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Für Frauen: Gynäkologische Vorsorge  Noch nicht  Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Für Männer: Prostata-Vorsorge  Noch nicht  Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Ist ihr Impfstatus aktuell?  Ja  Nein  Weiß nicht

Corona-Status  vollständig geimpft, letzte Impfung \_\_\_\_\_  genesen, wann? \_\_\_\_\_

keine Impfung erwünscht  Impfung erwünscht

Sind in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kindern) Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck Wer? \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen/ Herzinfarkt Wer? \_\_\_\_\_

Thrombose/Lungenembolie Wer? \_\_\_\_\_

Schlaganfall Wer? \_\_\_\_\_

Diabetes (Zucker) Wer? \_\_\_\_\_

Hohes Cholesterin Wer? \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen Wer? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung?  Nein  Ja

Besteht eine Vorsorgevollmacht oder Betreuung?  Nein  Ja - Name, Adresse, Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Familie/Bekanntem  durch anderen Arzt/andere Ärztin  Internet  Sonstiges

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!