

# 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 der Kinder? \_\_\_\_\_

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

Stuhlgang  regelmäßig  Verstopfung  Durchfall  Blut im Stuhl

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

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

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

Konsumieren Sie Cannabis oder andere Drogen?  Nein  Ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Welche Substanzen? \_\_\_\_\_

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

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

Ernährung  Mischkost  vegetarisch  vegan  besondere Diät \_\_\_\_\_

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

Allergien/Unverträglichkeiten:

Medikamente  Lebensmittel  Gräser/Pollen  Pflaster

\_\_\_\_\_  Kontrastmittel

\_\_\_\_\_  Jod

Sind bei Ihnen bereits Vorsorgeuntersuchungen erfolgt?

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

- bitte wenden -

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

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:

\_\_\_\_\_

Gibt es etwas, was Ihnen bei Ihrer Behandlung besonders wichtig ist?

\_\_\_\_\_

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!