



## Anamnesebogen hausärztliche Erstvorstellung

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

### **Persönliche Daten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: Mobil: \_\_\_\_\_

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

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegegrad  Ja  Nein Wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_

GdB (Grad der Behinderung)  Ja  Nein Wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung vor?  Ja  Nein

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?  Ja  Nein

### **Allgemeine Anamnese:**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja: \_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein Wenn ja: \_\_\_\_ Gläser/Woche

## Sozialanamnese:

- nicht berufstätig       selbstständig       Schüler/Ausbildung  
 Elternzeit       Beschäftigt in Vollzeit       Beschäftigt im Schichtdienst  
 Rentner       Beschäftigt in Teilzeit

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

Familienstand:       ledig       verheiratet       verwitwet

Kinder: \_\_\_\_\_

Wohnsituation:       alleinlebend       mit Familie  
                                  betreutes Wohnen       Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten: \_\_\_\_\_

## Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

			seit wann? Nähere Angaben
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Krampfleiden/neurol. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Erkrankung Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Herzkrankungen, Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Magengeschwüre/ Magenblutung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Erkrankung Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Gallenblasenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Harnblasenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Gebärmuttererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Eierstockerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Prostataerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____

### Allergien:

- Wespen-/Bienen gift                       Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente \_\_\_\_\_
- Lebensmittel \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schlaganfall	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

### Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                       Ja                       Nein

Wenn ja, welche:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie Ihren vollständigen, aktuellen Medikationsplan mit!**

## Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

ja                       nein                      Wenn ja, warum und wo? \_\_\_\_\_

---

---

## Operationen (bitte erläutern):

Herz \_\_\_\_\_

Bauch \_\_\_\_\_

Gefäße \_\_\_\_\_

Wirbelsäule \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Implantate:

			Seit wann? Nähere Angaben
künstliche Gelenke	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Port	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Stents	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Bypässe	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____

## Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchung durchgeführt?

Gastroskopie (Magenspiegelung)     Nein             Ja            Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Koloskopie (Darmspiegelung)         Nein             Ja            Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Echo (Echokardiographie)             Nein             Ja            Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

HKU (Herzkatheteruntersuchung)     Nein             Ja            Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte der Krankenhausaufenthalte mit.**

**Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!**

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift