

Anamnese für Neupatienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen und möchten Sie bitten, uns diesen Fragebogen auszufüllen.

Name **Vorname**

Geburtsdatum **E-Mail-Adresse**

Adresse

Telefon **Handy**

Bisheriger Hausarzt

Sonstige behandelnde Ärzte (Name und Fachrichtung) z.B. auch für Vorsorgeuntersuchungen

-

-

-

-

Sind Sie berufstätig? Ja Nein **Beruf**

Sie sind Schüler? Ja Nein **Sind Sie Rentner** Ja Nein

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

Wohnsituation: allein mit Familie Betreutes Wohnen Pflegeheim

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? Ja Nein

- Wenn ja: weswegen?

Wer hat Sie krankgeschrieben?

Allergien

Größe **Gewicht**

Regelmäßige sportliche Aktivitäten:

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

KHK Diabetes COPD Asthma

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen Medikationsplan mit oder füllen Sie die folgende Tabelle aus.

Medikament / Stärke	morgens	mittags	abends	Zur Nacht	Bemerkungen

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?

Seit wann?

- Herzerkrankungen ----- Ja Nein
- Bluthochdruck ----- Ja Nein
- Durchblutungsstörungen ----- Ja Nein
- Schlaganfall ----- Ja Nein
- Thrombose oder Lungenembolie ----- Ja Nein
- Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen ----- Ja Nein
- Lungenerkrankung ----- Ja Nein
- Diabetes ----- Ja Nein
- Fettstoffwechselstörungen ----- Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankungen ----- Ja Nein
- Augenerkrankungen ----- Ja Nein
- Lebererkrankungen ----- Ja Nein
- Chronische Infektionserkrankungen ----- Ja Nein
- Psychische Erkrankungen ----- Ja Nein
- Nervenerkrankungen ----- Ja Nein
- Krebserkrankungen ----- Ja Nein
- Sonstiges ----- Ja Nein

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt? Ja Nein

-
-
-
-

Hatten Sie bereits Operationen oder Unfälle? Ja Nein Wann?

-
-
-
-

Wann erfolgte die letzte Gesundheitsuntersuchung (Checkup)?

Wann erfolgte das letzte Hautkrebscreening?

Wann erfolgte die letzte Darmspiegelung?

Sind bei Ihnen Impfungen erfolgt? Wann?

- Tetanus Ja Nein
- Diphtherie Ja Nein
- Keuchhusten Ja Nein
- Pneumokokken Ja Nein
- Gürtelrose Ja Nein
- Zecken / FMSE Ja Nein

Notfallkontakte / Betreuer

Name	Wer ist diese Person? (Ehepartner, Betreuer, ...)	Kontaktdaten

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis Folgendes mit:

- Ihren Impfausweis
- Vorhandene Befunde von Krankenhausaufenthalten / Untersuchungen / Kuren / Rehabilitationen o.ä.

Datum

Unterschrift