



Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus (am Bildschirm ausfüllbar oder handschriftlich). Bei Rückfragen hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1. Persönliche Daten

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Beruf
Telefon	Mobil	E-Mail
Bisheriger Hausarzt		Zuweisender Arzt (falls zutreffend)
☐ Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)		☐ Teilnahme an einem DMP-Programm (z. B. Diabetes, KHK, Asthma)

2. Aktueller Anlass des Besuchs

Beschwerden / Grund des heutigen Besuchs

Seit wann bestehen die Beschwerden? Schmerzstärke (0–10)

3. Vorerkrankungen, Operationen und Unfälle

Bekannte chronische Erkrankungen:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzerkrankung | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Asthma / COPD | ☐ Krebserkrankung | ☐ Nierenerkrankung | |

Andere

Frühere Operationen oder schwerwiegende Unfälle?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: und zwar

Länger bestehende bzw. wiederkehrende Beschwerden (aktuell nicht akut)?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: und zwar

4. Dauermedikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch Pille, Hormonpflaster, rezeptfreie Präparate)?

- ☐ Nein ☐ Ja, siehe unten

Medikament / Dosierung / Einnahmezeit

Einnahme von Blutverdünnern (z. B. Marcumar, ASS, Xarelto)?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: welche

5. Allergien und Unverträglichkeiten

Bekannte Allergien (Medikamente, Latex, Lokalanästhetika, Lebensmittel, Kontrastmittel ...)?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: Auslöser und Reaktion

6. Familienanamnese

Bekannte Erkrankungen bei nahen Familienangehörigen (Eltern, Geschwister):

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen ☐ Diabetes ☐ Krebserkrankungen ☐ Sonstiges

7. Sozial- und Genussmittelanamnese

Rauchen:

☐ Nein ☐ Ja

seit Zigaretten/Tag

Alkohol:

☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Beruflicher/körperlicher Alltag (z. B. sitzende Tätigkeit, körperlich schwer)

☐ Schwangerschaft ☐ Stillzeit ☐ trifft nicht zu

Sportliche/körperliche Aktivität (Art, Häufigkeit)

☐ Berentet ☐ Berufstätig ☐ mit Partner/in lebend ☐ allein lebend

8. Impfstatus

☐ Impfausweis liegt vor und wird mitgebracht ☐ Impfausweis nicht vorhanden

Bekannte Impfungen / letzte Auffrischung Tetanus

9. Körperdaten und Alltag

Körpergröße (cm) Gewicht (kg)

☐ Gewicht in den letzten 6 Monaten stabil ☐ zugenommen ☐ abgenommen

Wohnsituation:

☐ allein ☐ mit Partner/in ☐ Wohnheim ☐ betreutes Wohnen

Pflegegrad (falls vorhanden)

Besteht eine Behinderung?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: Grad der Behinderung (GdB in %)

10. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch Familie/Freunde ☐ Empfehlung durch (Haus-)Arzt
☐ Internetsuche ☐ Praxis-Homepage
☐ Social Media ☐ Zeitung/Anzeige

Sonstiges

11. Zusätzliche Gesundheitsleistungen

Besteht Interesse an zusätzlichen Gesundheitsleistungen (ggf. Selbstzahlerleistungen je nach Versicherungsstatus), z. B. kardiologische Check-up-Untersuchungen?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar:

welche

12. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der Behandlung erhobenen personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten gemäß der DSGVO und der ärztlichen Schweigepflicht gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur im gesetzlich zulässigen Rahmen bzw. nach gesonderter Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (bitte ausgedruckt oder auf dem Tablet in der Praxis unterschreiben):
