

Anamnesebogen für Neupatienten

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Beruf _____

Telefon _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse) _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt) _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

Ja, bei einem anderen Hausarzt _____

Nein _____

Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

Schmerzen
wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Übelkeit/Erbrechen

Fieber

andere akute Beschwerden

andere akute Beschwerden, die ich erst
im Arztgespräch benennen möchte

Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur

Vorsorge Kontrolle Beratung

Kinderkrankheiten

Masern

Windpocken

Röteln

Ich weiß es nicht

Sonstige _____

Ernährungsgewohnheiten

Mischkost

Vegetarisch

Vegan

Sonstige _____

Operationen / Unfälle

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Chronische Erkrankungen

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Bekannte Allergien

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Dauermedikamente

(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

- Nein Ja (bitte Anlage ausfüllen inkl. Name und Dosierung)

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- Drogen Beginn: _____
 Alkohol Beginn: _____
 Zigaretten Beginn&Anzahl/Tag: _____

Impfpass vorhanden?

- Nein Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Soziale Anamnese

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Schüler/Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit | <input type="checkbox"/> Beschäftigt in Vollzeit | <input type="checkbox"/> Beschäftigt im Schichtdienst |
| <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> Beschäftigt in Teilzeit | |

Wohnsituation

- Alleine Mit Familie Betreutes Wohnen Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

- Nein Ja, _____

Schwerbehinderung

- Nein Ja, GdB in % _____

Durchgemachte schwere Erkrankungen

Letzter Check-up

- Allgemeinarzt, im Jahr: _____
 Hautarzt, im Jahr: _____
 Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr: _____

Sonstige Angaben

- Arm-/Beinprothese
 Stoma
 Herzschrittmacher
 Port
 Zahnprothese
 Hörhilfe
 Brille/Kontaktlinsen
 Shunt, wo? _____
 Sonstiges _____

Sonstige wichtige Informationen

Datum, Unterschrift

Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung

- Asthma COPD Lungenkrebs Sarkoidose
 Andere _____

Hauterkrankung

- Neurodermitis Schuppenflechte Andere _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt Angeb. Herzfehler Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
 Andere _____

Neurologische Erkrankung

- Epilepsie MS Parkinson Demenz Depressionen Schizophrenie
 Andere _____

Stoffwechselerkrankung

- Diabetes Hohes Cholesterin Schilddrüsenerkrankung Gicht
 Andere _____

Geschlechtskrankheiten

- HIV Syphilis Andere _____

Sonstiges

- Grüner Star Rheuma Chronische Hepatitis Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit
 Krebserkrankungen _____
 Leber-/Nierenerkrankungen _____
 Andere _____

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- Herzstolpern Häufige Infekte Menstruationsbeschwerden
 Blut im Urin Rückenschmerzen Probleme beim Wasserlassen/-halten
 Blut im Stuhl Verstopfung/Durchfälle Seelische/nervöse Beschwerden
 Andere _____

Allergien

- Wespen-/Bienengift Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente _____
- Lebensmittel _____
- Andere _____

Operationen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bauch (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat |
| <input type="checkbox"/> Gefäße | _____ | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule (bitte erläutern) | _____ | <input type="checkbox"/> Andere |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

Marcumar?

- Ja (bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor)
- Nein

Sonstige wichtige Informationen