



Anamnesebogen für Neu-Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen sie dieses Formular wahrheitsgetreu und gewissenhaft aus. Ihre detaillierten Angaben erlauben uns, den Terminumfang für Sie optimal festzulegen. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für ihre Mithilfe!

Vorname _____ Nachname _____
Straße, HNr _____ PLZ, Ort _____
Geschlecht männlich weiblich divers Geb.-Dat. _____
Telefon _____ E-Mail _____
Beruf _____ Gewicht (kg) _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Name & Adresse) _____

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

Ich besorge alte Berichte/Befunde und bringe diese zum Ersttermin mit.

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (z.B. Hausarztzentrierte Versorgung/Pro Gesund Mitglied Knappschaft)

Ja, bei einem anderen Hausarzt _____
 Nein

Teilnahme an Vorsorgeprogrammen der Krankenversicherung (z.B. DMP (KHK, COPD, Asthma, Diabetes), Krebsvorsorge, Check-Up usw.)

Ja, bei einem anderen Hausarzt _____
 Nein

sonstige regelmäßige Vorstellungen bei Ärzten (z.B. Kontrollen oder Nachsorgen)

Ja, bei folgenden Ärzten _____
 Nein

Was ist ihr aktueller Anlass? Bitte zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

_____ | <input type="checkbox"/> andere akute Beschwerden _____
_____ |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> andere akute Beschwerden, die ich erst im
Arztgespräch benennen möchte |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur: |
| <input type="checkbox"/> Erkältungsbeschwerden Bitte Erkältungsbogen ausfüllen! | <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Beratung |
| | <input type="checkbox"/> Arztwechsel / allgemeine Vorstellung als Neupatient |

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)

Bestehende/wiederkehrende Beschwerden (nicht akut)

Nein Ja (Bitte Anlage Ausfüllen)

Dauermedikamente (z.B. Pille und Medikamentenpflaster)

Nein Ja (Bitte Anlage Ausfüllen)

Impfpass vorhanden?

Nein Ja (Bitte legen Sie uns diesen vor)

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

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

Letzter Check-Up

Allgemeinarzt, im Jahr: _____
 Hautarzt, im Jahr: _____
 Krebsvorsorge, im Jahr: _____

Durchgemachte schwere Erkrankungen

Sonstige Angaben

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

Soziale Anamnese

Nicht berufstätig Selbstständige/r Schichtdienst Student/in
 Rentner/in Angestellte/r in Vollzeit Schüler/in
 Elternzeit Angestellte/r in Teilzeit Auszubildende/r

Wohnsituation

Alleine Mit der Familie Wohngemeinschaft Betreutes Wohnen Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad
 Nein Ja, _____

Patientenverfügung vorhanden?
 Nein Ja

Schwerbehinderung
 Nein Ja, GdB in % _____

Zusatzversichert für stationäre Behandlung?
 Nein Ja

Sonstige wichtige Informationen

Ort, Datum, Unterschrift