



## Anamnesebogen

**Liebe Patientin - lieber Patient,**

wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und begrüßen Sie herzlich als neuen Patienten in unserer Praxis.

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und medizinisch optimal versorgt werden. Hierzu benötigen wir einige Informationen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und bitten Sie daher um Ihre Mithilfe:

- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus.
- Sind Sie sich bei einer Frage nicht sicher, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Diesen Punkt können wir dann später gemeinsam in einem Gespräch klären.
- Bitte kreuzen Sie nur Zutreffendes an!
- Ergänzen Sie zutreffende Punkte gerne um Notizen.

Diese Informationen werden Bestandteil Ihrer Patientenakte und unterliegen somit selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Dr. Lars Blöcker & Dres. Ulrike und Jürgen Hartig

---

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Telefon mobil:** \_\_\_\_\_ **Telefon privat:** \_\_\_\_\_

**Tagsüber erreichbar unter:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Beruf/ Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

---

**Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

▪ **Kinderkrankheiten**

- Masern
  - Röteln
  - Windpocken
  - Scharlach
  - Keuchhusten
  - Mumps
  - Andere:*
- \_\_\_\_\_

▪ **Infektionserkrankungen**

- Diphtherie
  - TBC
  - Typhus/ Paratyphus/ Ruhr
  - Gelbsucht
  - Geschlechtskrankheiten
  - Rheumat. Fieber
  - Andere:*
- \_\_\_\_\_

▪ **Lungenerkrankungen**

- Chronische Bronchitis
  - Asthma
  - Lungen-/Rippenfellentzündung
  - Lungenembolie
  - Andere:*
- \_\_\_\_\_

▪ **Herz- und Gefäßerkrankungen**

- Hoher Blutdruck
  - Niedriger Blutdruck
  - Herzfehler
  - Herzschmerzen
  - Herzstolpern
  - Herzinfarkt
  - Schlaganfall
  - Durchblutungsstörungen der Beine
  - Krampfadern
  - Thrombose
  - Andere:*
- \_\_\_\_\_



## ▪ **Baucherkrankungen**

- Lebererkrankungen
  - Gelbsucht
  - Gallensteine
  - Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
  - Magenbeschwerden
  - Magen-/ Zwölffingerdarmgeschwür
  - Verstopfung (häufig oder stark)
  - Durchfall (häufig oder stark)
  - Andere:*
- 

## ▪ **Stoffwechselerkrankungen**

- Zuckerkrankheit
  - Gicht
  - Blutfette erhöht
  - Schilddrüsenerkrankungen
  - Andere:*
- 

## ▪ **Hals-Nasen-Ohren-/Augenerkrankungen**

- Grüner Star
  - Grauer Star
  - Sehstörungen
  - Andere Augenerkrankungen:*
- 

- Nasen-Nebenhöhlenentzündungen
  - Heuschnupfen
  - Nasenbluten (häufig oder stark)
  - Andere Nasenerkrankungen:*
- 

- Mandelentzündungen
  - Zahnerkrankungen
  - Andere Halserkrankungen:*
- 

- Mittelohrentzündung
  - Schwerhörigkeit
  - Andere Ohrenerkrankungen:*
- 

## ▪ **Nieren- und Geschlechtskrankheiten**

- Blasen-Nierenentzündung
  - Blasen-Nierensteine
  - Blutiger Urin
  - Prostataleiden
  - Frauenkrankheiten
  - Andere:*
- 

## ▪ **Nur für weibliche Patienten**

- Geburten
- Regelbeschwerden
- Wechseljahre (Beginn)
- Pille

## ▪ **Knochen- und Gelenkerkrankungen**

- Rachitis
  - Knochenbrüche mit Fremdmaterial
  - Rheuma, wo?
  - Bandscheibenschaden
  - Gelenkbeschwerden, wo?
  - Gelenkersatz
  - Andere:*
- 

## ▪ **Allergien**

- Blüten, Pollen, Stäube
  - Tierhaare
  - Nahrungsmittel
  - Medikamente !!!**
- 
- 

- Andere:*
- 

## ▪ **Verschiedene Erkrankungen**

- Hautkrankheiten
  - Blutkrankheiten
  - Krebs
  - Krampfanfälle
  - Nervöse Beschwerden
  - Gemütskrankheiten
  - Andere:*
- 

## ▪ **Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?**

- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt / Schlaganfall
- Übergewicht
- Zuckerkrankheit
- Gicht
- Gallen-Nierensteine
- TBC
- Krebs
- Asthma
- Nerven-Gemütskrankheiten



▪ **Genußmittel / Drogen**

Bitte jeweils Menge und Häufigkeit:

- Nikotin \_\_\_\_\_
- Alkohol \_\_\_\_\_
- Drogen \_\_\_\_\_

▪ **Medikamente – regelmäßige Einnahme**

- Abführmittel
- Schlafmittel
- Andere:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ **Bisherige Krankenhausaufenthalte** (nur wichtige Ereignisse)

Wann:	Wo:	Warum:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

▪ **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ ▪ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

▪ **Tätigkeit**

- Beruf: \_\_\_\_\_
- Berufsbedingte Belastungen/  
Schädigungen: \_\_\_\_\_

▪ **Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten bzw. etwas, das wir für Ihre Behandlung wissen sollten?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▪ **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▶ **Es wäre hilfreich, wenn Sie uns Ihren Impfpass zur Durchsicht eventuell fälliger Impfungen mitbringen würden.**

Als Service dieser Praxis werden unsere Patienten telefonisch an wichtige Termine (Gesundheitsvorsorge, Krebsvorsorge, Impftermine u.a.) erinnert. Im Sinne des Datenschutzes teilen Sie uns bitte ausdrücklich mit, falls Sie nicht an diesem Service teilnehmen wollen. Andernfalls gehen wir davon aus, dass Sie einverstanden sind.

- Nein, ich möchte nicht am Erinnerungsservice teilnehmen.**