



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.

- Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **möglichst vollständig** aus.
- Ergänzen Sie zutreffende Punkte gern um Notizen.
- Bitte schreiben Sie **leserlich/in Druckschrift**, um Missverständnissen vorzubeugen.

Diese Informationen werden Bestandteil Ihrer Patientenakte und unterliegen somit selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz nach DSGVO. Die entsprechende Rechtsschrift liegt in unserer Praxis aus. Möchten Sie diese einsehen, sprechen Sie unser Team bitte gerne darauf an.

Hinweis Hausärztliche Versorgung (HZV)/Hausarztprogramm:

Als zertifizierte Praxis arbeiten wir mit dem **Hausarztprogramm**. Dafür haben wir Rahmenverträge mit der **Techniker-Krankenkasse**, mit den **Ersatzkassen** und mit der **AOK**. Die Unterlagen hierzu haben Sie von uns erhalten. Bitte entnehmen Sie dort weitere Informationen für Ihre Teilnahme.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dr. Lars Blöcker & Dres. Ulrike und Jürgen Hartig & Dr. Johann Barop

Name: _____ **Geburtsdatum+Alter:** _____

Telefon mobil (1): _____ **Telefon privat (2):** _____

Kontakt für Befundübermittlung (1) od. (2) _____ **Email:** _____

Anschrift (Strasse, PLZ, Ort): _____

Beruf/Tätigkeit: _____ **Familienstand:** _____

Krankenkasse: _____ **Tarif:** _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns?

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

Als Service dieser Praxis erinnern wir unsere Patienten telefonisch an wichtige Termine (Impftermine, Gesundheitsvorsorge, Krebsvorsorge u.a.).

Falls Sie **nicht** an diesem Service teilnehmen möchten, teilen Sie uns dieses bitte mit:

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



Körpergröße: _____

Gewicht: _____

▪ **Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

▪ **Infektionserkrankungen**

- Covid-19
- TBC
- Gelbsucht/Hepatitis
- Geschlechtskrankheiten
- Rheumat. Fieber
- Andere:* _____

▪ **Lungenerkrankungen**

- Chronische Bronchitis /COPD
- Asthma
- Lungen-/Rippenfellentzündung
- Lungenembolie
- Andere:* _____

▪ **Herz- und Gefäßerkrankungen**

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

▪ **Baucherkrankungen**

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

▪ **Stoffwechselerkrankungen**

- Zuckerkrankheit/Diabetes
- Gicht
- Blutfette erhöht
- Schilddrüsenerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Andere:* _____

▪ **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?
- Andere:* _____

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

- Grüner Star
- Sehstörungen
- Andere Augenerkrankungen:* _____

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

- Mandelentzündungen
- Zahnerkrankungen
- Andere Halserkrankungen:* _____

- Mittelohrentzündung
- Schwerhörigkeit
- Andere Ohrenerkrankungen:* _____

▪ **Allergien**

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



▪ **Verschiedene Erkrankungen**

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

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

- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt / Schlaganfall
- Übergewicht
- Zuckerkrankheit
- Krebs
- Allergien
- Nerven-Gemütskrankheiten
- Andere:*

▪ **Medikamente – regelmäßige Einnahme**

- Abführmittel
- Schlafmittel
- Andere:*

▪ **Genussmittel / Drogen**

Bitte jeweils Menge und Häufigkeit:

- Nikotin _____
- Alkohol _____
- Drogen _____

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

Wann:

Wo:

Warum:

| Wann: | Wo: | Warum: |
|-------|-------|--------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

▪ **Vorsorgeleistungen:**

- Hautkrebsfrüherkennung, zuletzt wahrgenommen am: _____
- Darmkrebsfrüherkennung, zuletzt wahrgenommen am: _____
- Prostatakrebsfrüherkennung, zuletzt wahrgenommen am: _____
- andere Vorsorge-Check-Ups, zuletzt wahrgenommen am: _____

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

Datum

Unterschrift