



HAUSARZTPRAXIS

Dr. Fabian Langer

FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN

Kölner Straße 100
53919 Weilerswist

Internet: www.arztpraxis-langer.de
E-Mail: info@arztpraxis-langer.de

Telefon: 02254 / 834 788 5
Fax: 02254 / 834 788 6

Digitaler Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie bestmöglich behandeln können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, können Sie dies entsprechend angeben.

1. Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf / Tätigkeit:

2. Grund für Ihren heutigen Besuch

Warum sind Sie heute bei uns?

- ☐ Akute Beschwerden
- ☐ Check-up / Vorsorge
- ☐ Neupatient / Erstvorstellung
- ☐ Besprechung von Befunden / Untersuchungsergebnissen
- ☐ Rezept / Medikamentenverordnung



- ☐ Überweisung
- ☐ Sonstiges

Falls „Sonstiges“:

Freitextfeld

3. Vorerkrankungen

Haben Sie aktuell oder hatten Sie früher eine der folgenden Erkrankungen?

Mehrfachauswahl:

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzinfarkt / koronare Herzerkrankung
- ☐ Schlaganfall / TIA
- ☐ Thrombose / Lungenembolie
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Lungenerkrankung / COPD
- ☐ Asthma
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Magen-/Darmerkrankung
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Sonstige Erkrankung
- ☐ Keine der genannten Erkrankungen

Falls „Sonstige Erkrankung“: Welche?

Freitextfeld

4. Operationen und Krankenhausaufenthalte

Waren Sie bereits wegen einer Erkrankung oder Operation im Krankenhaus?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja: Welche wichtigen Operationen oder Krankenhausaufenthalte?

Freitextfeld



5. Allergien und Unverträglichkeiten

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nicht bekannt

Falls ja: Welche?

Freitextfeld

Bestehen bekannte Medikamentenallergien?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja: Welches Medikament und welche Reaktion?

Freitextfeld

6. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Bitte möglichst nur die **Namen der Medikamente** angeben.

Freitextfeld

Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder pflanzliche Präparate ein?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja: Welche?

Freitextfeld

7. Impfungen

Ist Ihr Impfstatus nach eigener Einschätzung aktuell?



- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unsicher

Ist ein Impfpass vorhanden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

8. Lebensgewohnheiten

Rauchen

Rauchen Sie?

- ☐ Nein, nie geraucht
- ☐ Früher geraucht
- ☐ Ja

Falls aktuell oder früher: Wie viele Zigaretten ungefähr pro Tag?

Freitextfeld

Bewegung / Sport

Treiben Sie regelmäßig Sport oder bewegen Sie sich regelmäßig?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja:

- ☐ Ausdauer
- ☐ Krafttraining
- ☐ Vereinssport
- ☐ Sonstiges

Wie häufig ungefähr?

- ☐ 1× pro Woche
- ☐ 2–3× pro Woche
- ☐ Mehr als 3× pro Woche



9. Schlaf

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja: Welche Beschwerden bestehen?

- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ Frühes Erwachen
- ☐ Nicht erholsamer Schlaf
- ☐ Sonstiges

10. Familienanamnese

Sind bei nahen Angehörigen folgende Erkrankungen aufgetreten?

Mehrfachauswahl:

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombose / Lungenembolie
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Asthma / COPD
- ☐ Allergien
- ☐ Sonstige relevante Erkrankungen
- ☐ Keine bekannt

Falls bekannt: Welche Erkrankung bei welchem Angehörigen?

Freitextfeld

11. Frauen – Schwangerschaft / Verhütung

Sind Sie aktuell schwanger?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nicht sicher / möglich
- ☐ Nicht zutreffend



Falls ja: In welcher Schwangerschaftswoche?

Freitextfeld

Verwenden Sie aktuell ein Verhütungsmittel?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nicht zutreffend

Falls ja: Welches?

Freitextfeld

12. Vorsorge und Prävention

Wann war Ihre letzte hausärztliche Vorsorgeuntersuchung / Check-up?

Freitextfeld

Möchten Sie bei entsprechender Fälligkeit an Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Besteht Interesse an einer individuellen Beratung zu Vorsorge und Prävention?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

13. Weitere wichtige Informationen

Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, das wir über Ihre Gesundheit oder Ihre aktuelle Situation wissen sollten?

Freitextfeld

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Name:



Datum:

Digitale Unterschrift

Technische Empfehlung für Antelope

Der Anamnesebogen sollte möglichst mit **Ankreuzfeldern und Auswahlmöglichkeiten** umgesetzt werden, damit die Eingabe am Tablet schnell und unkompliziert erfolgen kann.

Freitextfelder sollten möglichst nur dann erscheinen, wenn eine zusätzliche Angabe erforderlich ist.

Besonders sinnvoll wäre eine **bedingte Anzeige**:

„**Nehmen Sie Medikamente?**“ → **Ja** → **Medikamentennamen**

„**Allergien?**“ → **Ja** → **Allergie + ggf. Reaktion**

„**Operation/Krankenhausaufenthalt?**“ → **Ja** → **kurze Angabe**

„**Rauchen?**“ → **Ja / früher** → **Anzahl pro Tag**

„**Schwangerschaft?**“ → **Ja** → **Schwangerschaftswoche**

„**Sonstige Erkrankung?**“ → **Ja** → **Freitextfeld**

So bleibt die digitale Anmeldung für die meisten Patienten schnell und übersichtlich.