



ANAMNESEBOGEN

Um einen optimalen Einblick in Ihre Krankheitsgeschichte zu erhalten, möchten wir Sie vorab um die Beantwortung folgender Fragen bitten. Alle Angaben sind freiwillig und selbstverständlich vertraulich.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon / Mobil: _____ E-Mail: _____
Beruf/Tätigkeit _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Grund für Ihren heutigen Besuch

☐ Akute Beschwerden ☐ Check-up / Vorsorge ☐ Neupatient / Erstvorstellung
☐ Befundbesprechung ☐ Rezept / Medikamente ☐ Überweisung ☐ Sonstiges
Sonstiges / Anliegen: _____

3. Vorerkrankungen

Haben Sie aktuell oder hatten Sie früher eine der folgenden Erkrankungen? (*Mehrfachauswahl möglich.*)

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

Sonstige Erkrankung(en): _____

4. Operationen und Krankenhausaufenthalte

Waren Sie bereits wegen einer Erkrankung oder Operation im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja: wichtige Operationen / Krankenhausaufenthalte: _____

5. Allergien und Unverträglichkeiten

Allergien / Unverträglichkeiten: ☐ Ja ☐ Nein

Welche / Medikament + Reaktion: _____

6. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

**7. Impfungen**Impfstatus: ☐ aktuell ☐ nicht aktuell ☐ unsicher **Impfpass:** ☐ Ja ☐ Nein**8. Lebensgewohnheiten**Rauchen: ☐ Ja, ca. _____ Zigaretten/Tag ☐ Früher geraucht ☐ NeinBewegung/Sport: ☐ Ja ☐ NeinFalls ja: ☐ Ausdauer ☐ Krafttraining ☐ Vereinssport ☐ SonstigesHäufigkeit: ☐ 1×/Woche ☐ 2–3×/Woche ☐ Mehr als 3×/Woche**9. Schlaf**Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐ Ja ☐ NeinFalls ja: ☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme ☐ Frühes Erwachen ☐ Sonstiges**10. Familienanamnese**Sind bei nahen Angehörigen folgende Erkrankungen aufgetreten? (*Mehrfachauswahl möglich.*)☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Diabetes mellitus ☐ Krebserkrankung☐ Thrombose / Lungenembolie ☐ Sonstige relevante Erkrankungen ☐ Keine bekannt

Welche Erkrankung bei welchem Angehörigen? _____

11. Vorsorge und Prävention

Letzte hausärztliche Vorsorge / Check-up: _____

Erinnerung an Vorsorge / Impftermine: ☐ Ja ☐ NeinInteresse an zusätzlichen Gesundheitsleistungen: ☐ Ja ☐ Nein**12. Notfallkontakte**

Name: _____

Telefonnummer: _____

Beziehung: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Datum: _____

Unterschrift: _____