

## Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie umfassend betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen – er dient als Grundlage für das Anamnesegespräch.

Name, Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Beruf: .....  
Telefon: .....  
Familienstand: .....  
- nächster Angehöriger: .....  
- dessen Telefonnummer: ..... darf Auskunft erhalten: Nein  Ja

Größe/ Gewicht: .....cm/.....kg

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Befundberichte, Laborwerte, Ihren Medikationsplan etc. in Ihrer elektronischen Patientenakte hinterlegen?

Ja  Nein

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

### Nähere Angaben

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Herzinfarkt/Verkalkungen der Herzkranzgefäße	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Herzschwäche/sonstige Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Tumor-/krebserkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
- Wenn ja, welche Therapie erfolgte?	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Bestrahlung	
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Nierenerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Magen-/Darmerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Chron. Infektionserkrankungen (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Thrombosen oder Lungenembolie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Blutungsneigung bzw. nehmen Sie Blutverdünner	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
- wenn ja, warum?		.....
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Neurologische Erkrankungen (z.B. M. Parkinson, Multiple Sklerose, Polyneuropathie)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....
Urologische Erkrankungen (z.B. Prostataerkrankungen)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	.....

Gynäkologische Erkrankungen (z.B. Endometriose)      Nein O Ja O .....

Gelenk-/Wirbelsäulenerkrankungen      Nein O Ja O .....

Osteoporose      Nein O Ja O .....

Hatten Sie größere Operationen?      Nein O Ja O .....

Psychische Erkrankungen/ Depressionen      Nein O Ja O .....

Augenerkrankungen      Nein O Ja O .....

Sonstige Erkrankungen      Nein O Ja O .....

Gehen Sie regelmäßig zum Hautkrebscreening?      Nein O Ja O .....

Wann zuletzt? .....

Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologisch  
bzw. urologischen Vorsorge? Wann zuletzt?      Nein O Ja O .....

Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung durchgeführt?      Nein O Ja O .....

- wenn ja, wann zuletzt? .....

Haben Sie in den letzten Monaten stark zu-/abgenommen?      Nein O Ja O .....

Wie ernähren Sie sich?      O Mischkost      O vegetarisch      O vegan

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?      Nein O Ja O .....

Rauchen Sie?      Nein O Ja O .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol      Nein O Ja O .....

- wenn ja, wie oft/ wie viel

Machen Sie regelmäßig Sport?      Nein O Ja O .....

Haben Sie Allergien      Nein O Ja O .....

- wenn ja, wogegen?

Ist Ihr Impfstatus komplett?      Nein O Ja

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.**

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis  
oder eine Pflegestufe?      Nein O Ja O .....

Gibt es in Ihrer Familie Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen?  
Wenn ja, welche? .....

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

-.....

-.....

-.....

-.....

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin. Bei akuten Erkrankungen ermöglichen wir Ihnen falls erforderlich einen Termin am selben Tag. Wenn Sie Termine nicht einhalten können, denken Sie bitte daran, diese min. 24h vorher abzusagen.**