

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### 1 Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Beruf

Telefon

Handy

E-Mail

Bisherige Hausarztpraxis

Notfallkontakt (Name, Telefon)

### 2 Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie alle bekannten Erkrankungen an.

☐ Diabetes

☐ Bluthochdruck

☐ Herzerkrankung

☐ Schlaganfall

☐ Erhöhte Blutfettwerte

☐ Thrombose / Lungenembolie

☐ Durchblutungsstörung Beine

☐ Lungenerkrankung (Asthma, COPD)

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Nierenerkrankung

☐ Lebererkrankung

☐ Magen-Darm-Erkrankung

☐ Krebserkrankung

☐ Neurologische Erkrankung

☐ Psychische Erkrankung

☐ Blutgerinnungsstörung

☐ Chron. Infektionskrankheit

☐ Haut- oder Augenerkrankung

Genauere Angaben / weitere Erkrankungen:

Operationen / Unfälle (mit Jahr):

### 3 Regelmäßige Medikamente

Bitte auch Blutverdünner, Spritzen, Sprays, Pflaster, die „Pille“ und Nahrungsergänzungsmittel angeben. Bitte nur ausfüllen, wenn kein separater Medikationsplan vorliegt – bringen Sie diesen sonst einfach mit.

| Medikament | Stärke (z. B. 5 mg) | morgens | mittags | abends | nachts |
|------------|---------------------|---------|---------|--------|--------|
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |
|            |                     |         |         |        |        |

### 4 Allergien und Unverträglichkeiten

☐ Nein ☐ Ja, folgende (vor allem gegen Medikamente):

## 5 Körper und Lebensstil

|                                                                                                                                                                         |              |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Körpergröße (cm)                                                                                                                                                        | Gewicht (kg) | Sport / Bewegung (was, wie oft?) |
| Rauchen: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Ja: _____ Zigaretten/Tag seit _____ Jahren <input type="checkbox"/> Früher, bis _____                    |              |                                  |
| Alkohol: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Regelmäßig, ca.: _____                                            |              |                                  |
| Besteht aktuell: <input type="checkbox"/> eine Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Stillzeit <input type="checkbox"/> Hepatitis B / C <input type="checkbox"/> HIV |              |                                  |

## 6 Weitere Behandlungen und Programme

In fachärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja, bei: \_\_\_\_\_

Teilnahme an einem Chronikerprogramm (DMP)? ☐ KHK ☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ COPD ☐ andere \_\_\_\_\_

## 7 Vorsorge und Untersuchungen

|                                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Letzter Check-up (ab 35 J.): _____      | Darmspiegelung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ |
| Letztes EKG / Belastungs-EKG: _____     | Herzkatheter: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____   |
| Letzte Langzeit-Blutdruckmessung: _____ | Letzte Augenkontrolle: _____                                                        |
| Letzte Tetanus-Impfung: _____           | Impfpass vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein       |

## 8 Erkrankungen in der Familie

Eltern, Geschwister, Großeltern

|                                          |                                                     |                                    |                                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt     | <input type="checkbox"/> Schlaganfall               | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung Beine | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Demenz        |

Genauere Angaben (wer, in welchem Alter, welche Krebsart): \_\_\_\_\_

## 9 Lebenssituation

☐ In einer Partnerschaft ☐ Alleinstehend ☐ Verwitwet ☐ Kinder, Anzahl: \_\_\_\_\_ ☐ Pflegegrad \_\_\_\_\_

Gibt es noch etwas Wichtiges, das wir wissen sollten? \_\_\_\_\_

## 10 Erinnerung und Einwilligung

Dürfen wir Sie an fällige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnern?

☐ Nein ☐ Ja, per ☐ Telefon ☐ SMS ☐ E-Mail

Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Sennewald (BAG Dr. med. Rasmus M. Sennewald und Dr. med. Julia Sennewald) diese Angaben in meiner Patientenakte speichert und für meine Behandlung verwendet. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner Einwilligung oder aufgrund einer gesetzlichen Grundlage an Dritte weitergegeben. Die Einwilligung zur Erinnerung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin / Patient (bzw. gesetzliche Vertretung) \_\_\_\_\_

Vielen Dank! Bitte geben Sie den Bogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern.