

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 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: ☐ Nie ☐ Ja: _____ Zigaretten/Tag seit _____ Jahren ☐ Früher, bis _____		
Alkohol: ☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig, ca.: _____		
Besteht aktuell: ☐ eine Schwangerschaft ☐ Stillzeit ☐ Hepatitis B / C ☐ 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: ☐ Nein ☐ Ja, am _____
Letztes EKG / Belastungs-EKG: _____	Herzkatheter: ☐ Nein ☐ Ja, am _____
Letzte Langzeit-Blutdruckmessung: _____	Letzte Augenkontrolle: _____
Letzte Tetanus-Impfung: _____	Impfpass vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

8 Erkrankungen in der Familie

Eltern, Geschwister, Großeltern

☐ Herzinfarkt	☐ Schlaganfall	☐ Diabetes	☐ Bluthochdruck
☐ Krebserkrankung	☐ Durchblutungsstörung Beine	☐ Thrombose	☐ 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.