

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

Handynummer / Telefonnummer

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 ☐ Thrombose ☐ Demenz
☐ Beine

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 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.