



## Anamnesebogen für Neupatienten (Erwachsene)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötige ich Ihre Mithilfe. Ich bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Eventuelle Unsicherheiten oder Rückfragen werden wir gemeinsam in einem persönlichen Gespräch klären. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Ich danke Ihnen für Ihre Mühe.

Dr.med. Iris Finsterer

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Vorheriger Hausarzt \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt) \_\_\_\_\_

Sozial- und Berufsanamnese	
<b>Wohnsituation</b>	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> Partnerschaft/Familie <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Seniorenheim <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Berufstätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Schule, welche Klasse _____ <input type="checkbox"/> Ausbildung: _____ <input type="checkbox"/> Studium: _____ <input type="checkbox"/> Beruf _____ Beschäftigt: <input type="checkbox"/> in Vollzeit <input type="checkbox"/> in Teilzeit <input type="checkbox"/> im Schichtdienst <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Ruhestand
<b>Weitere Angaben</b>	Pflegegrad <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Grad: ____    Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, GbB in % ____ Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kontaktperson _____ Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="checkbox"/> Ja, Betreuer (Name & Tel. Nr.): _____

<b>Gesundheitsverhalten</b>	
<b>Körpermaße</b>	Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____
<b>Treiben Sie Sport?</b> <input type="checkbox"/> Nein	Wie oft? _____ <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat Welche Sportart? _____
<b>Drogen-anamnese</b>	<b>Rauchen Sie?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viel/ Tag: _____; seit: _____ <b>Trinken Sie Alkohol?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich wie viel: _____ <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Spirituosen <b>Sonstige Drogen?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____
<b>Welche Impfungen haben Sie bekommen?</b>	<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten) <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Masern/ Mumps/ Röteln <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken) <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> FSME (Zecken) <input type="checkbox"/> Pneumokokken
<b>Letzter Check-up</b>	<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt, im Jahr _____ <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening, im Jahr _____ <input type="checkbox"/> Regelmäßige Krebsvorsorge (Frauenarzt/Urologe), im Jahr _____ <input type="checkbox"/> Magenspiegelung, im Jahr _____ <input type="checkbox"/> Darmspiegelung, im Jahr _____
<b>Operationen/ Krankenhaus-aufenthalte</b>	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Herz/Gefäße <input type="checkbox"/> Sonstiges, _____ Was/wann: _____

<b>Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Dauermedikation und Bedarfsmedikation)</b>						
Dauer	Bedarf	Name der Medikamente und Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

<b>Traten in Ihrer Familie (Eltern/Geschwister) nachfolgende Erkrankungen auf?</b>		
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 60. LJ	<input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 60.LJ
<input type="checkbox"/> Darmpolypen	<input type="checkbox"/> Darmkrebs	<input type="checkbox"/> andere Krebsarten: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

<b>Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?</b>	
<b>Allergien</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Allergischer Schock in der Vergangenheit, wann: _____ <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel: _____ <input type="checkbox"/> Pollen/Heuschnupfen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> Operationen am Herzen: _____ Sonstige: _____ Bereits in das DMP-Programm KHK eingeschrieben <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Lungen-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> COPD Sonstige: _____ Bereits in das DMP-Programm Asthma/COPD eingeschrieben <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Stoffwechsel-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<b>Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)</b> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Diabetischer Fuß <input type="checkbox"/> Diabetische Augenschädigung <input type="checkbox"/> Diabetische Nierenschädigung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ Bereits in das DMP-Programm Diabetes mellitus eingeschrieben <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Schilddrüsen-Erkrankung</b> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Morbus Hashimoto <input type="checkbox"/> Morbus Basedow <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten <input type="checkbox"/> Schilddrüsenoperation / wann: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <b>Sonstige Stoffwechselerkrankungen</b> <input type="checkbox"/> erhöhte Cholesterinwerte <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure/ Gichtanfälle <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Magen-Darm-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Sodbrennen/Reflux <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung <input type="checkbox"/> Darmpolypen <input type="checkbox"/> Darmkrebs <input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Leber-/ Gallen-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Hepatitis/welche _____ <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Gallenblasenentzündungen <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Urologische Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> häufige Harnwegsinfekte/ wie viele pro Jahr: _____ <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Harnverhalt <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung <input type="checkbox"/> Prostatakrebs <input type="checkbox"/> chronische Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

<b>Gynäkologische Anamnese</b> <input type="checkbox"/> Nein	erste Menstruation mit ____ <input type="checkbox"/> Menopause seit ____ <input type="checkbox"/> aktuelle Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Klimakterische Beschwerden, welche _____ Anzahl der Schwangerschaften: ____ Anzahl der Kinder: ____ <input type="checkbox"/> Orale Kontrazeption (Pille) <input type="checkbox"/> Sonstige Kontrazeption, welche: _____
<b>Rheumatische Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Psoriasis Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Orthopädische Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen/ wo: _____ <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall/ wo: _____ <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden/ wo: _____ <input type="checkbox"/> Gelenkersatz/ wo: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Haut-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Psoriasis (Schuppenflechte) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Hautkrebs/ welcher: _____
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Lähmungen/wo: _____ <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer Demenz <input type="checkbox"/> Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom/ Seite: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Psychische Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Psychosomatische Erkrankung <input type="checkbox"/> Dauerhaft nervliche Belastung <input type="checkbox"/> Besondere Belastungsfaktoren (Wohnsituation, Familiensituation, Berufliche Situation) _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Sonstige Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Schwindel hält an für: <input type="checkbox"/> Sekunden <input type="checkbox"/> Minuten <input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> Drehschwindel (Karussell) <input type="checkbox"/> Schwankschwindel (Boot) <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV, Tuberkulose), welche: _____ <input type="checkbox"/> Leukämie <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung/ welche: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

### Hinweise zum Schutz Ihrer Personenbezogenen Daten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift