

# Anamnesebogen • Hausarzt



## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- |  |   |  |                              |
|--|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche      | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall            |                              |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Operationen              | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen       |                              |
| <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen        | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |                              |

Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_

Andere, nicht aufgeführte: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil?  Ja  Nein

Wenn „Ja“, an welchem:  KHK  Asthma  COPD  Diabetes

Nehmen Sie **Medikamente** regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament	morgens	mittags	abends

## Wichtig!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien:  Ja  Nein Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Wann wurden Sie zuletzt **geimpft**, gegen:

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_  
Pneumokokken: \_\_\_\_\_ Keuchhusten: \_\_\_\_\_  
Masern: \_\_\_\_\_

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter **Check-up**? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**?  Ja, wann: \_\_\_\_\_  Nein

**Rauchen:**  Ja  Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_  
Seit wann: \_\_\_\_\_

**Alkohol:**  Ja  Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

Letzte **Augenkontrolle** am: \_\_\_\_\_

ohne Befund  Netzhautschäden

Letztes **EKG/Belastungs-EKG** am: \_\_\_\_\_

Letzte **Langzeit Blutdruckmessung:** \_\_\_\_\_

### Wichtig!

Sind **in Ihrer Familie** folgende Erkrankungen bekannt:

- Herzinfarkt  Diabetes  Bluthochdruck  Krebserkrankungen  
 Schlaganfall  Durchblutungsstörung der Beine

**Freizeitaktivitäten/ Sport:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**  mit Partner lebend  Kinder im Haus  berentet  allein stehend

Haben Sie Interesse an einer **individuellen Ernährungsberatung**?  Ja  Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine spezielle Ernährungsberatung?  Ja  Nein

Was ist ihr konkretes **Anliegen** an uns:

- Hausärztliche Betreuung  Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass  
 Wissensbedarf (Schulung)  Besuch der Fußambulanz  
 Andere: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Internistischen Hausarztpraxis Buttstädt, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der oben genannten Hausarztpraxis vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte füllen Sie zusätzlich den Fragebogen zum Wohlbefinden und zur Tagesschläfrigkeit aus.**