

## Patienten Anamnesebogen

### Praxis Manuela König

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Liebe Patienten, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in der Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, kennzeichnen sie diese mit einem Fragezeichen.

*Bitte händigen Sie uns vorhandene Vorbefunde und ihren Impfpass zur Kontrolle aus*

### Persönliche Daten

Name\*  Vorname\*  geb.\*

Straße, Nr.\*  PLZ/Ort\*

Krankenkasse\*  Beruf/Tätigkeit  E-Mail

Telefon privat  Mobiltelefon  Körpergröße (cm)  Gewicht (kg)

\* Pflichtangaben

Bisheriger Hausarzt:   
Name, Ort

Was ist ihr konkretes Anliegen an uns:  Hausärztliche Betreuung  Hausarztvertretung

Andere:

Bei Schmerzen oder Beschwerden, bitte Art und Dauer kurz beschreiben:

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein   
(wenn "Ja", welche?)

Medikamentenunverträglichkeit  Ja  Nein   
(wenn "Ja", welche?)

Rauchen Sie?  Ja  Nein   
(wenn "Ja", wieviele Zigaretten pro Tag?)

Liegt eine regelmäßige Medikamenteneinnahme vor? wenn "Ja", bitte Angabe des Präparates und der Dosis  
Medikamente Morgens Mittags Abends Nachts bei Bedarf

oder

Einnahmeplan liegt vor (bitte vorlegen)

## Patienten Anamnesebogen

Praxis Manuela König

Fachärztin für Allgemeinmedizin

---

**Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?**  Nein  Ja (bitte ankreuzen oder ganz unten benennen)

- Diabetes  Herzerkrankung  Lungenerkrankung  Schilddrüsenerkrankung
- Erhöhte Blutfette  Durchblutungsstörungen / Thrombose  Operationen (bitte benennen)
- Bluthochdruck  Lebererkrankung  Nierenerkrankung  Magenerkrankung
- Rheumaerkrankung  Schlaganfall  Anfallsleiden  Krebserkrankung
- Blutverdünner (z.B.: Marcumar, Xarelto)  Psychische Erkrankung
- Andere (bitte benennen): \_\_\_\_\_

Besteht oder bestanden bei erstgradigen Verwandten eine Herzerkrankung oder Krebserkrankung?

- Ja  Nein

Wenn "Ja", welche und bei wem: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem Hausarztvertrag / Model teil?  Ja  Nein

Wenn "Ja", welcher Arzt hat Sie eingeschrieben? \_\_\_\_\_

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

Wenn "Ja", an welchem?  KHK (Koronare Herzkrankheit)  Asthma  COPD  Diabetes

Pflegestufe / -grad:  kein(e)  0  1  2  3  4  5 Patientenverfügung:  Ja  Nein

Wie sieht es bei Ihnen mit Früherkennungsuntersuchungen aus? (bitte Datum eintragen wenn vorhanden)

**Ab 35 Jahren;** Letzte Gesundheits- / Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs? \_\_\_\_\_  keine

**Ab 50 Jahren;** Letzte Früherkennung für Darmkrebs mittels Testuntersuchung auf nicht sichtbares Blut im Stuhl (Hämokult oder IFOBT)? \_\_\_\_\_  keine

**Ab 55 Jahren;** Letzte Früherkennungsuntersuchung für Darmkrebs mittels Coloskopie (Darmspiegelung)? \_\_\_\_\_  keine

**Ab 70 Jahren;** Leiden Sie an Harn und / oder Stuhlinkontinenz?  Ja  Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Manuela König meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen bzw. zu speichern. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Facharztpraxis für Allgemeinmedizin vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift