



# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige,

um unsere gemeinsame Gesprächszeit intensiver nutzen zu können bitte ich Sie vorab um die Beantwortung einiger Routinefragen. Dies wird uns eine raschere Beurteilung und Dokumentation ermöglichen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_

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

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Emailadresse : \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Leiden oder litten Sie unter:

- |                               |                               |                                      |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Bluthochdruck                 | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/>          |
| Herzrhythmusstörungen         | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche) |
| Diabetes mellitus             | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/>          |
| Cholesterinerhöhung           | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/>          |
| Tumorerkrankungen             | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche) |
| Leber- und Nierenerkrankungen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche) |
| Schilddrüsenerkrankungen      | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche) |



- |                              |                               |   |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| Lungenerkrankungen           | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche)        |
| Magen- und Darmerkrankungen  | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche)        |
| Thrombosen                   | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (wo und wann)   |
| Wirbelsäulenerkrankungen     | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (welche)        |
| Arthrose von Knie oder Hüfte | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (wo)            |
| Durchblutungsstörungen       | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (wo)            |
| Alkoholkonsum                | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (Menge pro Tag) |
| Nikotinkonsum                | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (Menge pro Tag) |
| Drogenkonsum                 | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> (Menge pro Tag) |
| bei Frauen:                  |                               |   |
| Schwangerschaft              | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/>                 |

### **Frühere Operationen, relevante Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen?**

nein  ja

Dauer/Zeitpunkt:

---

---

---

---

### **Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?**

nein  ja

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_





**Nehmen Sie bei Ihrem bisherigen Hausarzt an der hausarztzentrierten Versorgung teil (HZV/Hausarztprogramm)?**

nein  ja

**falls ja, nehmen Sie am Facharztprogramm teil?**

nein  ja

**Werden Sie von einer Sozialstation betreut?**

nein  ja  (welche)

**Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? Falls ja, wann?**

Wurden hierbei Polypen abgetragen? nein  ja

Wurden hierbei Divertikel festgestellt? nein  ja

**bei Frauen:**

**Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen Vorsorge? Falls ja, wann zuletzt?**

**bei Männern:**

**Gehen Sie regelmäßig zur urologischen Vorsorge? Falls ja, wann zuletzt?**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem Haus- und Facharztzentrum Laucherttal/Alb meine Daten in meiner digitalen Patientenakte zu hinterlegen. Diese Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift