

## Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

### Persönliche Daten

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

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

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

Folgende Personen dürfen für mich **Rezepte, Formulare oder Befunde** entgegennehmen  
**Vor- und Nachname** **Status (Ehemann, Tochter, etc.)**

---

---

---

Folgende Personen dürfen **Auskunft über meinen Gesundheitszustand** und mich  
betreffende Befunde erhalten:  selbige Personen wie oben genannt  
**Vor- und Nachname** **Status (Ehemann, Tochter, etc.)**

---

---

Haben Sie **Allergien**?  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Herzerkrankungen  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Schlaganfall  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Zuckererkrankungen, Diabetes  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Gicht  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Brustkrebs  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Darmkrebs  nein  Vater  Mutter  Großeltern

andere Tumorerkrankungen  nein  Vater  Mutter  Großeltern

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Depressionen  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Epilepsie (Krampfanfälle)  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Thrombose oder Lungenembolie  nein  Vater  Mutter  Großeltern

Durchblutungsstörungen  nein  Vater  Mutter  Großeltern

### Sozialanamnese

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Kinder:  nein  ja, wie viele \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**  
seit wann?

Bluthochdruck  nein  ja \_\_\_\_\_  
Herzinfarkt  nein  ja \_\_\_\_\_  
Herzerkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_  
Schlaganfall  nein  ja \_\_\_\_\_

Durchblutungsstörungen der Beine  nein  ja \_\_\_\_\_  
Zuckerkrankheit/Diabetes  nein  ja \_\_\_\_\_  
Fettstoffwechselstörungen  nein  ja \_\_\_\_\_  
Tumorerkrankungen  nein  ja welche: \_\_\_\_\_  
Lebererkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_  
chron. Infektionskrankheit  nein  ja \_\_\_\_\_  
Blutungsstörungen  nein  ja \_\_\_\_\_  
Lunge: Asthma, COPD  nein  ja \_\_\_\_\_  
Thrombose, Lungenembolie  nein  ja \_\_\_\_\_  
Augenerkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_  
Krampfleiden  nein  ja \_\_\_\_\_  
Operationen  nein  ja \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie?  nein  ja wie viel: \_\_\_\_\_  
 nicht mehr seit: \_\_\_\_\_  
Konsumieren Sie regelmäßig **Alkohol**?  nein  ja wie viel: \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Impfpass?  nein  ja bitte bei Gelegenheit bringen.

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name, Dosierung, Einnahmezeitpunkt) ggf. Medikamentenplan beilegen falls vorhanden**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Herzkatheter  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
Darmspiegelung  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
Gyn. Untersuchung  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
Check-up  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil?  nein  ja  
wenn ja, an welchem?  KHK  Asthma  COPD  Diabetes

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Dres. Binder, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen und zu verarbeiten und mit befugten Dritten zu Teilen zum Zwecke der Datenverarbeitung im medizinischen Sinne. Hinweise zum Zweck der Datenverarbeitung, zur Speicherung meiner Gesundheitsdaten und über die rechtlichen Grundlagen sind mir bekannt und können jederzeit am Aus hang im Wartezimmer eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen an der Anmeldung ab.  
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. **Ihr Praxisteam**