

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUPATIENTIN/NEUPATIENT

I. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____

Krankenkasse: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Gesetzliche Betreuung: Nein Ja Patientenverfügung: Nein Ja

Hausarzt/Hausärztin bisher: _____

II. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE (ANAMNESE)

1. Bestehen derzeit oder bestanden in der Vergangenheit folgende Erkrankungen?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Erkrankung	Ja	Nein	Bemerkung
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung	Ja	Nein	Bemerkung

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Haben Sie bereits Operationen gehabt? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche? _____

3. Chronische Infektionen? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche? _____

4. Haben Sie Impfungen aktuell und vollständig im Impfpass? Ja Nein

Impfpass bitte beilegen

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, bitte auflisten (Name, Dosierung, Einnahmegrund,

Falls vorhanden Medikamentenplan beilegen):

6. Leiden Sie unter Allergien? Ja Nein

(z. B. auf Medikamente, Lebensmittel, Heuschnupfen, Biene, Wespe ...)

Wenn ja, wann und welche?

7. Bisher durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen

Koloskopie, Mammografie , Prostata (PSA, rektale Untersuchung),

Abstrich vom Muttermund, Bauchultraschall, Hautkrebsscreening

Sonstiges: _____

III. Soziale und familiäre Anamnese

1. Rauchen Sie? Nein Ja Gelegenheitsraucher:in

2. Konsumieren Sie Alkohol? Nein, Ja, gelegentlich

3. Gibt es schwere Erkrankungen in Ihrer Familie (z. B. Krebs, Herzinfarkt, Diabetes)? Nein Ja → Welche?

IV. Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner medizinischen Daten im Rahmen der Behandlung gemäß Datenschutzverordnung einverstanden.

Ja, ich stimme zu.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)