



## Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie von nun an in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Gerne beraten wir Sie in allen Gesundheitsfragen und helfen Ihnen gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden. Damit wir dies bestmöglich umsetzen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst ausführlich und vollständig zu beantworten:

### Persönliche Daten

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt \_\_\_\_\_

Telefon-/Handynummer: \_\_\_\_\_

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

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden/getrennt ☐ verwitwet

### Gesundheit

Haben Sie Kinder? ☐ Nein ☐ Ja ggf. Geburtsjahr/e: \_\_\_\_\_

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? ☐ Nein ☐ Ja Tage pro Woche: \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Std.

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich

Größe / aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie einen ☐ Nein ☐ Ja und zwar \_\_\_\_\_ %

Schwerbehindertenausweis  
Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad ☐ Nein ☐ Ja und zwar Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Wann war ihr letzter „Check-up“ \_\_\_\_\_ Im Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Wurde bereit seine Vorsorge-  
Darmspiegelung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja und zwar im Jahr \_\_\_\_\_

Für Männer >65 Jahre: Wurde bereits ein Screening zum Ausschluss eines  
**Bauchaortenaneurysmas** (Erweiterung der Bauchaorta) durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar folgende:

Welche **Operationen** hatten Sie bereits? Wann? ☐ Keine

<input type="radio"/> Schulter-OP	<u>wann?</u>	<input type="radio"/> Bruch-OP	<u>wann?</u>
<input type="radio"/> Hüft-OP	<u>wann?</u>	<input type="radio"/> Gallenblasen-OP	<u>wann?</u>
<input type="radio"/> Knie-OP	<u>wann?</u>	<input type="radio"/> Augen-OP	<u>wann?</u>
<input type="radio"/> Blinddarm-OP	<u>wann?</u>	<input type="radio"/> Sonstige	<u>wann?</u>

Haben Sie **Vorerkrankungen**?

☐ Bluthochdruck                      ☐ Herzinfarkt/KHK/Stents                      ☐ Schlaganfall  
☐ Thrombose/Lungenembolie      ☐ Diabetes mellitus                              ☐ Asthma/COPD  
☐ Lebererkrankung                      ☐ Nierenerkrankung                              ☐ Schilddrüsenerkrankung  
☐ Krampfanfälle                              ☐ Blutungsneigung                              ☐ Hepatitis/HIV  
☐ Krebserkrankungen                      ☐ psychische Erkrankungen/Gemütskrankungen/Depressionen  
☐ Sonstiges:

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein? Welche Dosis? ☐ Keine

---

---

---

---

---

---

Bitte reichen Sie uns noch relevante Befunde von Untersuchung, Facharztberichte und Krankenhausberichte ein.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Möchten Sie uns noch etwas Mitteilen?

Moers, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_