

Hausärztlicher Anamnesebogen

Herzlich willkommen im Gesundheitszentrum Königstraße.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Beschwerden unterhalten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Wir benötigen diese Informationen, um Sie erfolgreich behandeln zu können.

Patient
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnr. PLZ Wohnort

Telefon E-Mail

Krankenkasse Beruf

Größe in cm Gewicht in kg

Im Notfall zu benachrichtigen:

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie zu uns?

.....

Wie ernähren Sie sich? Normal Vegetarisch Vegan Fast Food

Trinken Sie Alkohol? Keinen selten >2x/Woche täglich

Rauchen Sie? ja/ nein aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Schnarchen Sie? ja/ nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? ja/ nein

Treiben Sie Sport? ja/ nein Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Haben Sie Haustiere? ja nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein Trinken Sie Kaffee? keinen <3 Tassen/Tag >3 Tassen/Tag

Neigen Sie zu

Leistungsminderung Traurigkeit Herzstolpern Durchfall Nahrungs-
mittelunver-
träglichkeit

Müdigkeit Gedächtnisschwäche Rückenschmerzen Verstopfung

Schlafstörungen Schwindel Bauchschmerzen Gewichtszunahme

Kopfschmerzen Atemnot Übelkeit Gewichtsabnahme

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie ja/ nein Wenn ja, welche?

.....
.....

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Nein

Gegen Antibiotika Gegen andere Medikamente

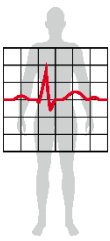
Gegen Betäubungsmittel (z.B. Xylocain) Gegen Jod

Gegen Kontrastmittel Gegen Penicillin

Nahrungsmittelallergie Pollenallergie

Insektengiftallergie Gegen Pflaster

Andere Allergien



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Gemütsstörungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> HIV |

Sonstige:

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein (inkl. Vitamine und andere Nahrungsergänzungstoffe)? ja/ nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben)?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge?

.....

Welche Impfungen erfolgten zuletzt? (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich mit Jahreszahl)

.....

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt Verwandte / Bekannte Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift