



Anamnesebogen hausärztliche Erstvorstellung

Liebe Patient:innen,

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

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung): _____

Sozialanamnese:

O Nicht berufstätig O selbstständig O Schüler/Ausbildung
O Elternzeit O Beschäftigt in Vollzeit O Beschäftigt im Schichtdienst
O Rentner O Beschäftigt in Teilzeit

Beruf: _____

Familienstand: O ledig O verheiratet O verwitwet

Kinder: _____

Wohnsituation: O alleinlebend O mit Familie
O betreutes Wohnen O Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten: _____

Krankengeschichte:

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

Bluthochdruck	O Nein	O Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	O Nein	O Ja
Herzerkrankungen	O Nein	O Ja
Schlaganfall	O Nein	O Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	O Nein	O Ja
Zuckerkrankheit/ Diabetes	O Nein	O Ja
Fettstoffwechselstörung	O Nein	O Ja

Tumorerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Lebererkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Hauterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Chronische Infektionskrankheiten	☐ Nein	☐ Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	☐ Nein	☐ Ja
Thrombose o. Lungenembolie	☐ Nein	☐ Ja
Augenerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Psychische Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Zigaretten/Tag
 Nicht mehr seit:
 Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Gläser/Woche

Allergien:

☐ Wespen-/Bienenstich ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit
☐ Medikamente
☐ Lebensmittel
☐ Andere

Familienanamnese / Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	☐ Nein ☐ Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	☐ Nein ☐ Ja
Herzerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja
Schlaganfall	☐ Nein ☐ Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	☐ Nein ☐ Ja
Zuckerkrankheit/ Diabetes	☐ Nein ☐ Ja
Tumorerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	☐ Nein ☐ Ja
Thrombose o. Lungenembolie	☐ Nein ☐ Ja

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen, aktuellen Medikationsplan mit!

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum und wo?

Operationen (bitte erläutern): _____

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!

Ort, Datum Unterschrift