



IHRE HAUSÄRZTE IN VENN

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name | Vorname | Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon | Mobil: _____

E-Mail: _____

Ich möchte von **meinem Arzt kontaktiert** werden über: ☐ E-Mail ☐ Telefon

ALLGEMEINE ANGABEN

Weitere behandelnde Ärzte (Name | Fachrichtung): _____

Bisherige Teilnahme am **Hausarztprogramm (HZV) oder Disease-Management-Programm (DMP)**:

☐ Ja, HZV | DMP bei _____

☐ Nein

Wann war Ihr letzter **Check-Up** bei einem Hausarzt?

Angabe des Jahres

Wann war Ihr letztes **Hautkrebsscreening**?

Angabe des Jahres

Wann war Ihre letzte **Krebsvorsorge** bei einem Frauenarzt | Urologen?

Angabe des Jahres

Hatten Sie schon eine **Darmspiegelung** (Koloskopie)?

Angabe des Jahres

INDIVIDUELLE VORGESCHICHTE

KINDERKRANKHEITEN

- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Windpocken
- ☐ weiß ich nicht
- ☐ andere: _____

ALLERGIEN

- ☐ Nein
- ☐ Ja, gegen _____

IMPFUNGEN

- ☐ Impfpass vorhanden (**bitte vorlegen**)
- ☐ Ich benötige einen **neuen Impfpass**

MEDIKAMENTE

- ☐ Ich nehme **keine** Medikamente regelmäßig
- ☐ Ja, folgende (bitte mit Angabe der Dosierung und Einnahmezeiten oder Medikamentenplan):

GRÖÖE UND GEWICHT

Körpergröße (cm): _____

Aktuelles Gewicht (kg): _____

RAUSCHMITTEL I TABAKKONSUM

- ☐ Zigaretten
(seit _____ I Anzahl pro Tag _____)
- ☐ E-Zigaretten I Liquids I Einwegliquids
- ☐ Ich trinke täglich Alkohol
- ☐ Drogen
- ☐ Möchte ich nur mit dem Arzt persönlich besprechen

SONSTIGE ANGABEN

- ☐ Arm- I Beinprothese
- ☐ Künstlicher Darmausgang (Stoma)
- ☐ Herzschrittmacher I Defibrillator (ICD)
- ☐ Port
- ☐ Shunt zur Dialyse der Nieren
- ☐ Hörgeräte
- ☐ Brille I Kontaktlinsen
- ☐ Künstliche Gelenke
- ☐ andere: _____

WOHNSITUATION

- ☐ Alleine
- ☐ Mit meiner Familie
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Seniorenheim

INDIVIDUELLE VORGESCHICHTE

SOZIALE ANAMNESE

Beruf: _____

☐ Elternzeit

☐ Rentner

☐ Nicht berufstätig

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ Schüler | Ausbildung

☐ Schichtdienst

WEITERE THEMEN

Pflegegrad

☐ Nein ☐ Ja, Grad _____

Schwerbehinderung

☐ Nein ☐ Ja, Grad _____

Patientenverfügung | Vorsorgevollmacht

☐ **Ja**, habe ich erledigt!

☐ **Nein**, bisher nicht

☐ Ich bin **unsicher**, und wünsche mir eine Beratung

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN (ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

LUNGE

☐ chronische Bronchitis

☐ COPD

☐ Asthma

☐ Lungenkrebs

☐ Andere: _____

HERZ

☐ Bluthochdruck

☐ Herzinfarkt | KHK mit Herzkatheter gehabt

☐ Schlaganfall

☐ Herzrhythmusstörungen | Schrittmacher

☐ Andere: _____

NERVENSYSTEM

☐ Epilepsie

☐ Depressionen | andere psychische Erkrankung

☐ Multiple Sklerose (MS)

☐ Parkinson

☐ Andere: _____

STOFFWECHSEL

☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

☐ Schilddrüsenprobleme

☐ Gicht

☐ Hohe Fettwerte

☐ Andere: _____

BAUCHORGANE

☐ Lebererkrankung | Leberzirrhose

☐ Magenschleimhautentzündung

☐ Darmkrebs

☐ Darmpolypen

☐ Reizdarm

☐ Nierenschwäche (Niereninsuffizienz)

☐ Dialyse

☐ Krankheit der Bauchspeicheldrüse

☐ Andere Krebserkrankung

☐ Andere: _____

INDIVIDUELLE VORGESCHICHTE

INFEKTIONSKRANKHEITEN

- ☐ HIV I AIDS
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Hepatitis C
- ☐ Andere: _____

WEITERE KRANKHEITEN

- ☐ Erkrankung der Gelenke I Knochen
- ☐ Erkrankung der Augen
- ☐ Erkrankung der Haut
- ☐ Angeborene Krankheit
- ☐ Andere: _____

OPERATIONEN I EINGRIFFE

- ☐ keine
- ☐ ja: _____

FAMILIENANAMNESE

- ☐ In meiner Familie sind **keine** chronischen Krankheiten bekannt
- ☐ Ja, in meiner Familie gibt es folgende chronische Krankheiten: _____

LÄNGER BESTEHENE ODER IMMER WIEDERKEHRENDE BESCHWERDEN

- ☐ Habe ich nicht
- ☐ Herzstolpern
- ☐ Druckgefühl in der Brust
- ☐ Luftnot I nicht durchatmen können
- ☐ Husten
- ☐ Häufige Infekte
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Verdauungsprobleme
- ☐ Abgeschlagenheit I Müdigkeit
- ☐ Unruhe I Nervosität

WEITERE WICHTIGE INFORMATIONEN

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN / HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ort I Datum

Unterschrift I ggf. gesetzlicher Vertreter