



## 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: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE ANGABEN

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name | Fachrichtung): \_\_\_\_\_

Bisherige Teilnahme an einem **Hausarztprogramm (HZV)**:

Ja, 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

## SOZIALE ANAMNESE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nicht berufstätig | <input type="radio"/> Arbeitnehmer in Vollzeit |
| <input type="radio"/> Elternzeit        | <input type="radio"/> Arbeitnehmer in Teilzeit |
| <input type="radio"/> Rentner           | <input type="radio"/> Schüler   Ausbildung     |
| <input type="radio"/> Selbstständig     | <input type="radio"/> Schichtdienst            |

## WEITERE THEMEN

### Pflegestufe

- Nein     Ja, Stufe \_\_\_\_\_

### 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
- 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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Lebererkrankung   Leberzirrhose | <input type="radio"/> Nierenschwäche (Niereninsuffizienz) |
| <input type="radio"/> Magenschleimhautentzündung      | <input type="radio"/> Dialyse                             |
| <input type="radio"/> Darmkrebs                       | <input type="radio"/> Krankheit der Bauchspeicheldrüse    |
| <input type="radio"/> Darmpolypen                     | <input type="radio"/> Andere Krebserkrankung              |
| <input type="radio"/> Reizdarm                        | <input type="radio"/> Andere: _____                       |

# INDIVIDUELLE VORGESCHICHTE

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

- HIV I AIDS
- Tuberkulose
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Andere: \_\_\_\_\_

## WEITERE KRANKHEITEN

- Rheuma I Arthrose
- Augenerkrankung
- Neurodermitis I Schuppenflechte I Hautkrebs
- Angeborene Krankheit
- Andere: \_\_\_\_\_

## OPERATIONEN I EINGRIFFE

- Entfernung von Hautkrebs
- Gefäße I Stenteinlage in Gefäße
- Herzkatheter oder Bypass-OP
- Gynäkologische I urologische OP
- Wirbelsäule I Knochen I Gelenke
- Operation im Bauchraum:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FAMILIENANAMNESE

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

## LÄNGER BESTEHENE UND 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