
HAUSARZTPRAXIS WALDHUFEN

ANAMNESEBOGEN ZUR HAUSÄRZTLICHEN ERSTVORSTELLUNG

Unser Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis Waldhufen. Zum Anlegen Ihrer Gesundheitsakte benötigen wir im Vorfeld Ihre Zuarbeit. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus, damit wir uns optimal auf Sie vorbereiten und Sie betreuen können. Anhand Ihrer Angaben können wir uns bereits einen Überblick über Ihren Gesundheitszustand verschaffen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonische Erreichbarkeit (Festnetz und Mobil):

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Bisheriger Hausarzt/Hausärztin: _____

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen (bitte mit telefonischer Erreichbarkeit): _____

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Um Informationen zu Befunden oder Ihrem Gesundheitszustand an Ihre Angehörigen erteilen zu können, bedarf es Ihrer schriftlichen Einwilligung. Bitte teilen Sie uns den Namen, den Verwandtschaftsgrad und die Telefonnummer der Auskunftsberechtigten mit.

1) _____

2) _____

3) _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

MEDIKAMENTENPLAN

Insofern Sie Augentropfen, frei verkäufliche Präparate, Nahrungsergänzungsmittel, Pille, ... einnehmen, teilen Sie dies uns bitte mit.

MEDIKAMENTENNAME	STÄRKE	FRÜH	MITTAG	ABEND	NACHT

VORERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Vorerkrankung	nein	ja	Wenn ja, seit wann besteht diese Vorerkrankung. Um welche Erkrankung handelt es sich? (z.B. Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, COPD,...)
Bluthochdruck			
Herzerkrankungen			
Herzkranzgefäße			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen der Beine/Arme			
Thrombose / Lungenembolie			
Blutzuckerkrankheit			
Fettstoffwechselstörungen			
Lungenerkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Magen-Darmerkrankungen			
Schilddrüsen-erkrankungen			
Blutungsstörungen			
chronische Infektionen			
Tumorerkrankungen			
Hauterkrankungen			
Gelenkerkrankungen			
Augenerkrankungen			
Psychische Erkrankungen			
Krampfleiden			
Andere Erkrankungen			

HABEN SIE ALLERGIEN?

- ☐ Wespen-/Bienengift ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit
- ☐ Medikamente: _____
- ☐ Lebensmittel: _____
- ☐ Andere: _____

WAREN SIE SCHON EINMAL IM KRANKENHAUS?

- ☐ nein
- ☐ ja → Wann, wo und wieso waren Sie im Krankenhaus? _____

WURDEN BEI IHNEN BEREITS OPERATIONEN DURCHGEFÜHRT?

Bitte geben Sie an, wann und wo die Operationen durchgeführt wurden und erläutern Sie diese.

- ☐ Herzoperationen: _____
- ☐ Bauchoperationen: _____
- ☐ Gefäßoperationen: _____
- ☐ Wirbelsäulenoperationen: _____
- ☐ Augenoperationen: _____
- ☐ Sonstige Operationen: _____

HABEN SIE IMPLANTATE?

- ☐ Herzschrittmacher: _____
- ☐ Gelenkprothesen: _____
- ☐ Gefäßprothesen: _____
- ☐ Sonstige: _____

FAMILIENANAMNESE- LEIDEN ODER LITTEN IHRE FAMILIENANGEHÖRIGEN AN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Erkrankung	nein	ja, welche?
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Herzinfarkt, KHK		
Schlaganfall		
Blutzuckerkrankheit		
Durchblutungsstörungen der Beine/Arme		
Thrombose/Embolie		
Lungenerkrankungen		
Tumorerkrankungen		
Andere Erkrankungen		

SOZIALANAMNESE

- ☐ nicht berufstätig ☐ selbstständig ☐ Schüler/Student/Ausbildung
☐ Elternzeit ☐ Rentner ☐ Beschäftigung in Teilzeit
☐ Beschäftigung in Vollzeit ☐ Beschäftigung im Schichtdienst
☐ Beruf: _____
☐ derzeitiger Arbeitgeber: _____
- ☐ Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
☐ Kinder: _____
☐ Wohnsituation ☐ alleinlebend ☐ mit Familie
 ☐ betreutes Wohnen ☐ Pflegeheim
☐ Pflegegrad ☐ nein ☐ ja, welcher? _____
☐ Pflegedienst ☐ nein ☐ ja, wie oft? _____
☐ Schwerbehinderung ☐ nein ☐ ja, Schweregrad: _____
☐ Betreuer ☐ nein ☐ ja, Name: _____
☐ Vorsorgevollmacht ☐ nein ☐ ja Betreuungsvollmacht ☐ nein ☐ ja

VEGETATIVE ANAMNESE

1. Haben Sie Schlafprobleme? o nein o ja, welche? (Einschlafprobleme, Durchschlafstörungen):

2. Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

ungewollter Gewichtsverlust: o nein o ja, wieviel in welchem Zeitraum: _____

3. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

o nein o ja, welche? (Inkontinenz, häufiges Wasserlassen, Brennen, blutiger Urin):

4. Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?

o nein o ja, welche? (Inkontinenz, Verstopfung, Durchfall, Blutbeimengungen):

5. Haben Sie Probleme bei der Nahrungsaufnahme?

o nein o ja, welche? (Appetitlosigkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Blähungen, Schmerzen)

6. Rauchen Sie?

o nein o ja, seit wann? _____ o _____ Zigaretten/Tag

o nicht mehr seit: _____

7. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

o nein o ja, seit wann und wieviel pro Tag: _____

8. Konsumieren Sie Drogen oder andere Substanzen?

o nein o ja, seit wann und welche Substanzen? _____

9. Sind Sie sportlich aktiv?

o nein o ja, wie oft/Woche und welche Sportart? _____

WEITERE FRAGEN:

Haben Sie bereits an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? Wenn ja, wann und welche? (Checkup U35/35, Hautcheck, Krebsvorsorgeuntersuchungen)

Werden Sie von weiteren Fachärzten betreut? Wenn ja, von wem und warum?

Für Patienten- Sind oder waren Sie bereits in urologischer Behandlung? Wenn ja, warum und wann zuletzt?

Für Patientinnen- Sind Sie in regelmäßiger gynäkologischer Mitbetreuung? Wann fand die letzte Untersuchung statt? Gibt es gynäkologische Erkrankungen oder kontrollbedürftige Befunde? Wenn ja, bitte erläutern Sie diese.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Bitte bringen Sie zur Vorstellung folgendes mit:

o Krankenversicherungskarte

o Impfausweis

o aktueller Medikamentenplan

o Vorbefunde

Wir danken Ihnen für die Beantwortung der Fragen.

Ihr Praxisteam der Hausarztpraxis Waldhufen