

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir begrüßen 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.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Daten

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonische Erreichbarkeit: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

Bisheriger Hausarzt/Hausärztin: _____

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

Gewicht: _____

Größe: _____

ungewollter Gewichtsverlust?

ja ____ nein ____ wenn ja, wie viel in welchen Zeitraum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja ____ nein ____

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf (mit Angabe der Einnahme) oder hängen eine Kopie des Medikamentenplans bei (auch evtl. Selbstmedikation):

Anamnesebogen für Patienten zur
Erstvorstellung
1.2.1 (1)
(Stand 6/2026)

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn Ja, listen Sie bitte auf, um welche Medikamente es sich handelt:

ja ____ nein ____

Sozialanamnese

berufstätig ____ selbstständig ____ Schüler/Student/Ausbildung ____ Elternzeit ____

Rentner ____ Beschäftigung in Teilzeit ____ / Vollzeit ____ / Schichtdienst ____

Beruf: _____

derzeitiger Arbeitgeber: _____

Familienstand: ledig ____ verheiratet ____ verwitwet ____

Kinder: _____

Wohnsituation: allein lebend ____ mit Familie ____ Pflegeheim ____ betreutes Wohnen ____

Pflegegrad: nein ____ ja, welcher? ____

Pflegedienst: nein ____ ja, welcher? ____

Betreuer: nein ____ ja, welcher? _____

Schwerbehinderung: nein ____ ja, Schweregrad: ____

Vorsorgevollmacht: nein ____ ja ____

Betreuungsvollmacht: nein ____ ja ____

vegetative Anamnese

1. Haben Sie Schlafprobleme? Wenn ja, welche? (Einschlaf-/Durchschlafprobleme)

ja ____ nein ____

2. Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

ja ____ nein ____

3. Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? (Inkontinenz, Durchfall Verstopfungen etc.)

ja ____ nein ____

4. Haben Sie Probleme bei der Nahrungsaufnahme? (z.b. Appetitlosigkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Blähungen)

ja ____ nein ____

5. Rauchen Sie?

ja ____ nein ____ Zigaretten/Tag ____ nicht mehr seit ____

6. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja ____ nein ____ seit wann, wie viel pro Tag ____

7. Konsumieren Sie Drogen oder andere Suchtmittel?

ja ____ nein ____ seit wann, welche Suchtmittel? _____

8. Sind Sie sportlich aktiv?

ja ____ nein ____ wie oft/Woche und welche Sportart _____

Vorerkrankungen

9. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	ja ____ nein ____	Durchblutungsstörung der Arme/Beine	ja ____ nein ____
Herzerkrankung	ja ____ nein ____	Nierenerkrankung	ja ____ nein ____
Herzkranzgefäße	ja ____ nein ____	Lebererkrankung	ja ____ nein ____
Schlaganfall	ja ____ nein ____	Magen-/Darmerkrankungen	ja ____ nein ____
Thrombose	ja ____ nein ____	Schilddrüsenerkrankungen	ja ____ nein ____
Blutzuckerkrankheit	ja ____ nein ____	Blutungsstörungen	ja ____ nein ____
Fettstoffwechselstörung	ja ____ nein ____	chronische Infektionen	ja ____ nein ____
Lungenerkrankung	ja ____ nein ____	Tumorerkrankungen	ja ____ nein ____
Hauterkrankungen	ja ____ nein ____	Gelenkerkrankungen	ja ____ nein ____
Augenerkrankungen	ja ____ nein ____	Psychische Erkrankungen	ja ____ nein ____
Krampfleiden	ja ____ nein ____	Andere Erkrankungen	ja ____ nein ____

10. Leiden Sie an Allergien? Wenn Ja, listen Sie diese bitte auf (Medikamente, Lebensmittel, Wespen/Bienengift etc.)

ja ____ nein ____

11. Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, wann, wo und wieso waren Sie im Krankenhaus?

ja ____ nein ____

12. Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Bitte geben Sie an, wann und wo die Operation durchgeführt wurde

ja ____ nein ____

13. Haben Sie Implantate?

ja ____ nein ____

Welche? _____

weitere Fragen

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

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

Für Frauen:

16. Sind Sie regelmäßig in gynäkologischer Mitbetreuung? Wann fand die letzte Untersuchung statt? Gibt es gynäkologische Erkrankungen oder kontrollbedürftige Befunde? Wenn ja, bitte erläutern Sie diese:

Für Männer:

17. Sind Sie oder waren Sie bereits in urologischer Mitbehandlung? Wenn ja, warum und wann zuletzt?

Familienanamnese

18. Leiden oder litten Ihre Familienangehörige an Folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	ja ____	nein ____	Durchblutungsstörungen	ja ____	nein ____
Herzerkrankung	ja ____	nein ____	Thrombose/Embolie	ja ____	nein ____
Herzinfarkt	ja ____	nein ____	Lungenerkrankung	ja ____	nein ____
Schlaganfall	ja ____	nein ____	Tumorerkrankungen	ja ____	nein ____
Blutzuckerkrankheit	ja ____	nein ____	Andere Erkrankungen	_____	_____

19. Sind Ihnen weitere Erkrankungen bekannt, die in Ihrer Familie gehäuft auftreten?

Wir danken Ihnen für die Bemühungen der Fragen.
Ihr Praxisteam der Hausarztpraxis Waldhufen

Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung folgendes mit:

- Krankenversichertenkarte
- Impfausweis
- aktueller Medikamentenplan
- Vorbefunde

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____