Dr. A. Schadt
Allgemeinmedizin

Anamnesebogen - Bogen zur Krankengeschichte

Liebe PatientInnen,

mein Team und ich freuen uns, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie strukturiert und möglichst umfassend aus medizinischer Perspektive kennenlernen zu können, habe ich den folgenden Fragebogen erstellt.
Dieser Bogen ist umfangreich, dennoch bitte ich Sie, ihn gewissenhaft auszufüllen.
Meine MitarbeiterInnen und ich helfen Ihnen bei Unklarheiten gerne weiter. Selbstverständlich können Sie Fragen auch unbeantwortet lassen.

Das ärztliche Erstgespräch baut auf diesem Bogen auf.

Ihre Daten:

Name, Vorname geboren am

Anschrift

(Mobil-) Telefon E-Mail

Beruf ausgeübt Rentner ☐ ja ☐ nein

Bezugsperson:

☐ Ehepartner ☐ Lebensabschnittsgefährte ☐ .....

☐ Vater / Mutter ☐ Sohn / Tochter ☐ Schwester / Bruder ☐ keine

Name, Vorname

Anschrift

(Mobil-) Telefon

Besteht eine Vorsorgevollmacht? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, Name: .....

Besteht eine Patientenverfügung? ☐ nein ☐ ja

Besteht eine Betreuungsverfügung: ☐ nein ☐ ja

Wo sind die genannten Dokumente hinterlegt?

Lebenssituation:

Sie sind	☐ ledig, alleine lebend	☐ ledig, in Partnerschaft	☐ verheiratet
	☐ getrennt lebend	☐ geschieden	☐ verwitwet
Haben Sie Kinder?	☐ nein	☐ ja: Geburtsjahr(e)	
für Frauen:	☐ Spontangeburt	☐ Kaiserschnitt	
Sind Sie schwanger?	☐ nein, ausgeschlossen	☐ möglich	☐ ja, Woche .....
Für Kinder: Wer ist sorgeberechtigt?		☐ beide Elternteile	
		☐ ein Elternteil, Name:	

Gibt es besondere (emotionale) Belastungen? ☐ nein ☐ ja

☐ familiär ☐ beruflich ☐ .....

Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen, denen Sie vertrauen können? ☐ ja ☐ nein

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? ☐ ja ☐ nein

Lebensweise:

Ist Ihr Körpergewicht stabil?	☐ ja	☐ nein	
Ernährung:	☐ Mischkost	☐ Vegetarier (☐ Ovo / ☐ Lacto)	☐ Veganer
Alkohol:	☐ täglich	☐ ..... x/Woche	☐ ..... x/Monat

Ca. Anzahl Biere 0,5 / Wein 0,25 / Schnaps 0,02 pro Tag .....

Denken Sie, dass Sie zu viel trinken? ☐ ja ☐ nein

Wurden Sie schon darauf angesprochen, dass Sie zu viel trinken? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie?	☐ noch nie	☐ aufgehört	wann? (Jahr) .....
	☐ ja Zigaretten pro Tag? ...	Seit wann (Jahr)?	

Haben Sie schon daran gedacht aufzuhören? ☐ ja ☐ nein

Nahmen oder nehmen Sie Drogen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? Wie oft? .....

Hilfsmittel/Pflege:

Tragen Sie ☐ ein Hörgerät? ☐ eine Brille / Kontaktlinsen?

Haben Sie eine Gehhilfe? ☐ nein ☐ ja Welche? .....

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ☐ nein ☐ ja Merkzeichen: .....

Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ nein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt

Kümmert sich ein Pflegedienst um Sie? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welcher: .....

Körperliche Aktivität:

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? ☐ nein ☐ ja, beruflich ☐ ja, Freizeitsport

☐ Leistungssport ☐ mehr als 90 Minuten pro Woche

Schlafen Sie gut? ☐ ja ☐ nein Schnarchen Sie stark? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Atemaussetzer? ☐ ja ☐ nein Schränkt Sie das ein? ☐ ja ☐ nein

Erkrankungen in der Familie – Familienanamnese:

Welche Krankheiten traten bei (Eltern, Geschwistern, Onkel/Tante, Großeltern) auf?

☐ keine ☐ nicht bekannt bei wem? In welchem Alter?

☐ Herzkrankheit/Herzinfarkt

☐ Bluthochdruck

☐ Blutzucker (Diabetes)

☐ Schlaganfall / TIA

☐ Darmkrebs

☐ Brustkrebs

☐ sonstiger Krebs Art?

☐ Thrombose / Blutung

☐ Demenz z.B. Alzheimer

☐ Asthma / COPD

☐ psychische Erkrankungen

Erkrankungen, die Sie selbst haben oder hatten – Eigenanamnese:

	seit wann?	Haben Sie aktuell Beschwerden?
☐ keine		
☐ Herzerkrankung		☐ ja ☐ nein
☐ Herzinfarkt		☐ ja ☐ nein
☐ Bluthochdruck		☐ ja ☐ nein
☐ Blutfette zu hoch		☐ ja ☐ nein
☐ Blutzucker (Diabetes) Typ?		☐ ja ☐ nein
☐ Asthma / COPD		☐ ja ☐ nein
☐ Schlaganfall / TIA		☐ ja ☐ nein
☐ Thrombose, (Lungen-) Embolie		☐ ja ☐ nein
☐ Blutungsneigung		☐ ja ☐ nein
☐ Durchblutungsstörung		☐ ja ☐ nein
☐ Kontrolle Nierenwerte oder Nierenerkrankung		☐ ja ☐ nein
☐ Kontrolle Leberwerte oder Lebererkrankung		☐ ja ☐ nein
☐ Kontrolle Schilddrüsenwerte oder Schilddrüsenerkrankung		☐ ja ☐ nein
☐ Darmerkrankungen		☐ ja ☐ nein
☐ Tuberkulose		☐ ja ☐ nein
☐ Kinderkrankheiten, welche?		
☐ Krebs Art?		☐ ja ☐ nein
☐ Gicht		☐ ja ☐ nein
☐ Rheuma		☐ ja ☐ nein
☐ Arthrose		☐ ja ☐ nein
☐ Osteoporose		☐ ja ☐ nein
☐ Hautkrankheiten		☐ ja ☐ nein
☐ Glaukom (grüner Star)		☐ ja ☐ nein
☐ Anfallsleiden		☐ ja ☐ nein
☐ Migräne		☐ ja ☐ nein
☐ psychische Erkrankung		☐ ja ☐ nein
☐ sexuell übertragbare Krankheiten		☐ ja ☐ nein
Sind Berufskrankheiten bekannt? ☐ ja ☐ nein		☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: .....

Leiden Sie unter den Folgen eines Unfalls? ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: .....

Dr. A. Schadt
Allgemeinmedizin

Allergien und Unverträglichkeiten:

☐ Allergien:

☐ Unverträglichkeiten:

☐ Medikamente:

☐ Nahrungsmittel:

Bei welchen Fachärzten werden Sie betreut?

Name	Fachrichtung

Aktuelle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel (auch Pille, Augentropfen, Salben etc.):

☐ Liste liegt vor

Name	Dosierung	Wie oft?

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Eingriffe:
(z.B. Herzkatheter, Darmspiegelung, Bestrahlung, Chemotherapie, Psychotherapie, Kur, Reha)

Grund	Klinik	Monat/Jahr	Arztbrief liegt vor?
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein

Aktuelle Beschwerden:

Was war in der letzten Zeit Ihr gesundheitliches Hauptproblem?

Haben Sie ein gesundheitliches Ziel?

Vorsorge:

Haben Sie Interesse an Vorsorge- und Check-up Untersuchungen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie schon Vorsorge- und Check-up Untersuchungen wahrgenommen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, Welche? Wann zuletzt? Ergebnis? .....

Sind Sie vollständig geimpft? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Impfbuch liegt vor? ☐ ja ☐ wird nachgereicht ☐ nein

Hausarztprogramm/DMP:

Waren Sie im letzten Quartal im Hausarztprogramm eingeschrieben? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie an DMPs teilgenommen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? .....

Petersberg OT Gutenberg, den ....

Datum Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Dr. A. Schadt