Anamnesebogen Neupatient

Hausarztpraxis
Dr. med. Jasmin Pfenninger
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie uns folgenden Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis auszufüllen.

1. Persönliche Daten

Name: _____

geb. am: _____

Bisheriger behandelnder Arzt: _____

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja _____

Betreuung: ☐ Nein ☐ Ja Name Betreuer _____

Patientenverfügung: ☐ Nein ☐ Ja (*Bitte Kopie mitbringen*)
Vorsorgevollmacht: ☐ Nein ☐ Ja (*Bitte Kopie mitbringen*)
Organspender: ☐ Nein ☐ Ja

2. Sozialanamnese

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden
☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ in fester Partnerschaft

Haben Sie Kinder: ☐ Nein ☐ Ja (*Alter*)_____

Wohnsituation: ☐ allein ☐ mit Partner/Familie
☐ Pflegeheim ☐ betreutes Wohnen ☐ andere
_____

Sport (*was u. wie oft*): ☐ Nein ☐ Ja _____

Berufstätigkeit: ☐ angestellt als _____ Std/Woche: _____
☐ selbständig als _____ Std/Woche: _____
☐ Elternzeit ☐ nicht berufstätig ☐ arbeitssuchend
☐ berentet seit _____

3. Medizinische Daten und Krankengeschichte (*bitte Berichte mitbringen*)

Größe: _____cm Gewicht: _____ kg
Gewichtsverlauf im letzten halben Jahr:
☐ konstant ☐ zugenommen ☐ abgenommen
gewollt: ☐ ja ☐ nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:
(auch „Antibabypille“ und Vitaminpräparate oder Nahrungsergänzungsmittel. Nach Möglichkeit bitte Plan mitbringen)

Medikament	Dosierung	Einnahme seit

Schwerbehinderung: ☐ Nein ☐ Ja Grad _____

Hörhilfe: ☐ Nein ☐ Ja _____

Sehhilfe ☐ Nein ☐ Ja _____

Zahnprothese ☐ Nein ☐ Ja _____

Herzschrittmacher ☐ Nein ☐ Ja *seit* _____

Dialyse ☐ Nein ☐ Ja *seit* _____ Rhythmus_____

Prothesen/ Stoma: ☐ Nein ☐ Ja _____

Ernährung: ☐ Vollkost ☐ vegetarisch ☐ vegan

☐ andere _____

Intoleranzen: ☐ Nein ☐ Ja _____

Allergien: ☐ Nein ☐ Medikamente _____

☐ andere _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Wenn ja, was? _____

☐ früher regelmäßig, aufgehört seit _____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, seit ca. _____ Zig/Tag _____

☐ früher regelmäßig, aufgehört seit _____

Konsumieren Sie Drogen? ☐ Nein ☐ Ja: _____

☐ früher (was?), aufgehört seit _____

☐ aktuell Entzug ☐ Substitution

Letzte Reha/ Kur: _____

Hatten Sie schon einmal eine Magenspiegelung? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Hatten Sie schon einmal eine Operation? ☐ Nein ☐ Ja: _____

4. Vorerkrankungen

Bluthochdruck ☐ Nein ☐ Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt ☐ Nein ☐ Ja _____

Herzerkrankungen ☐ Nein ☐ Ja _____

Schlaganfall ☐ Nein ☐ Ja, *(verbl. Symptome:)*_____

Durchblutungsstörungen d. Beine ☐ Nein ☐ Ja: _____

Zuckerkrankheit/ Diabetes ☐ Nein ☐ Ja

Fettstoffwechselstörung ☐ Nein ☐ Ja

Tumorerkrankungen ☐ Nein ☐ Ja: _____

Lebererkrankungen ☐ Nein ☐ Ja: _____

Chronische Infektionskrankheiten ☐ Nein ☐ Ja: _____

Blutungsstörungen/-erkrankung ☐ Nein ☐ Ja: _____

Lunge (Asthma, COPD) ☐ Nein ☐ Ja: _____

Thrombose/ Lungenembolie ☐ Nein ☐ Ja: _____

Augenerkrankungen ☐ Nein ☐ Ja: _____

Psychische Erkrankungen ☐ Nein ☐ Ja: _____

Epilepsie/neurolog. Erkrankungen ☐ Nein ☐ Ja: _____

Sonstiges ☐ Nein ☐ Ja: _____

Was wir über Sie noch wissen sollten: