

Anamnesebogen Checkup 35

Allgemein-/Hausarztpraxis Dr. med. Katharina van der Meer

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja, Grad: _____

Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, wünschen Sie eine Beratung hierzu? ☐ Ja ☐ Nein

Körperliche Angaben

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Fachärzte

Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

Vorerkrankungen

Erkrankung	Nein	Ja	welche/seit wann?
Allergien (Medikamente/sonstige)	☐	☐	
Augenerkrankung	☐	☐	
Bluterkrankung	☐	☐	
Bluthochdruck	☐	☐	
Chronische Infektionen	☐	☐	
Diabetes Mellitus	☐	☐	
Durchblutungsstörungen	☐	☐	
Epilepsie	☐	☐	
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	
Gicht	☐	☐	
Hauterkrankung	☐	☐	
Herzerkrankung/-infarkt	☐	☐	
Krebserkrankungen	☐	☐	
Lebererkrankung	☐	☐	
Lungenerkrankung	☐	☐	
Magen- /Darmerkrankung	☐	☐	
Migräne	☐	☐	
Neurologische Erkrankungen	☐	☐	
Nierenerkrankung	☐	☐	
Osteoporose	☐	☐	
Psychische Erkrankung	☐	☐	
Rheuma	☐	☐	

Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Schlafapnoe	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Thrombose/Embolien	☐	☐	
Tumorerkrankung	☐	☐	
Unfälle	☐	☐	
Weitere:	☐	☐	

Operationen & Krankenhausaufenthalte

Gab es Operationen oder längere Krankenhausaufenthalte?

☐ Nein ☐ Ja, welche/wann?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja, welche?

Bitte bringen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan und Impfausweis mit.

Allergien & Unverträglichkeiten

Allergien gegen Medikamente? ☐ Nein

☐ Ja:

Weitere Allergien (z.B. Nahrungsmittel, Pollen, Tiere)? ☐ Nein

☐ Ja:

Lebensstil

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, wieviel: _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, wieviel: _____

Nehmen Sie Drogen? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Treiben Sie Sport? ☐ Nein ☐ Ja, Art/Häufigkeit: _____

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankung	Nein	Ja	bei wem?
Bluthochdruck	☐	☐	
Diabetes Mellitus	☐	☐	
Herzerkrankung/-infarkt	☐	☐	
Krebserkrankungen	☐	☐	
Neurologische Erkrankungen	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Thrombose/Embolien	☐	☐	

Vorsorge & Untersuchungen

Wurden folgende Untersuchungen bereits durchgeführt? Wenn ja, wann?

Darmspiegelung: ☐ Nein ☐ Ja, wann: _____

Hautkrebsscreening: ☐ Nein ☐ Ja, wann: _____

Herzkatheter: ☐ Nein ☐ Ja, wann: _____

Regelmäßige Gynäkologische/urologische Vorsorge: ☐ Nein ☐ Ja

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

Bitte bringen Sie zum ersten Termin Ihre Versicherungskarte, Impfausweis und, wenn vorhanden, vollständigen Medikamentenplan mit.