Anamnesebogen für neue Patienten

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: ____: _____ Kontaktaufnahme & Datenschutz Ich stimme der Kontaktaufnahme durch die Praxis zu via: □ Telefon E-Mail Ich bin einverstanden, folgende Informationen digital zu erhalten:

☐ Terminerinnerungen

Rechnungen

Medizinische Dokumentation

Notfallkontakt

Nächste Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte:

Name: _____ Telefon: Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden? □ Ja □ Nein Falls nein, wünschen Sie eine Beratung hierzu? □ Ja □ Nein **Hausarzt & Fachärzte** Bisheriger Hausarzt: Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig? Körperliche Angaben Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Vorerkrankungen

Erkrankung	Nein	Ja	welche/seit wann?
Bluthochdruck			
Diabetes Mellitus			
Herzerkrankung/-infarkt			
Krebserkrankungen			
Schlaganfall			
Thrombose			
Allergien (Medikamente/sonstige)			
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 & Unverträglich Allergien gegen Medikame			n					
□ Ja:								
Weitere Allergien (z.B. Nahrungsmittel, Pollen, Tiere)? □ Nein								
□ Ja:								
Lebensstil Rauchen Sie? □ Nein □	Ja, wie	eviel: _						
Trinken Sie Alkohol? □ Ne	in □ J	a, wie	viel:					
Nehmen Sie Drogen? □ Nein □ Ja, welche:								
Treiben Sie Sport? □ Nein	□ Ja	. Art/H	äufigkeit:					
Weitere Erkrankungen		, ,						
	Nein	Ja	welche/seit wann?					
Weitere Erkrankungen								
Weitere Erkrankungen Erkrankung	Nein	Ja						
Weitere Erkrankungen Erkrankung Augenerkrankung	Nein	Ja						
Weitere Erkrankungen Erkrankung Augenerkrankung Bluterkrankung	Nein	Ja						
Weitere Erkrankungen Erkrankung Augenerkrankung Bluterkrankung Chronische Infektionen	Nein	Ja 🗆						
Weitere Erkrankungen Erkrankung Augenerkrankung Bluterkrankung Chronische Infektionen Durchblutungsstörungen	Nein	Ja -						
Weitere Erkrankungen Erkrankung Augenerkrankung Bluterkrankung Chronische Infektionen Durchblutungsstörungen Hauterkrankung	Nein	Ja						
Weitere Erkrankungen Erkrankung Augenerkrankung Bluterkrankung Chronische Infektionen Durchblutungsstörungen Hauterkrankung Lebererkrankung	Nein	Ja						

Psychische Erkrankung				
Schilddrüsenerkrankung				
Tumorerkrankung				
Unfälle				
Weitere:				
amilienanamnese nd in Ihrer Familie folgend irkrankung	de Erkran	nkunge Ja	n bekannt?	
Bluthochdruck			Del Welli.	
Diabetes Mellitus				
Epilepsie				
- ettstoffwechselstörung				
Gicht				
Migräne				
Neurologische Erkrankungen				
Osteoporose				
Rheuma				
Schlafapnoe				
Schlaganfall				
Thrombose/Embolien				
Therapie mit Blutverdünnern				

Vorsorge & Untersuchungen

Wurden folgende Untersuchungen bereits durchgeführt? Wenn ja, wann?
Darmspiegelung: □ Nein □ Ja, wann:
Hautkrebsscreening: □ Nein □ Ja, wann:
Herzkatheter: □ Nein □ Ja, wann:
Gynäkologische/urologische Vorsorge: □ Nein □ Ja, wann:
Sonstiges / Freitext Gibt es weitere wichtige Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?
Ort, Datum:
Unterschrift:

Hinweis:

Bitte bringen neben dieses ausgedrückte, unterschriebene Formular auch zum ersten Termin Ihre Versicherungskarte, Impfausweis und, wenn vorhanden, vollständigen Medikamentenplan mit.