

Anamnesebogen für Patienten

Vor- und Zuname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Ehepartner/in Lebensgefährte/in	
Eltern (+Geb-Datum) (wenn ebenfalls in unserer Praxis betreut)	
Ggf Kinder (+Geb-Datum)	<input type="checkbox"/> schwanger/stillend seit <input type="checkbox"/> Abort (Jahr)
Krankenkasse	
Bisheriger Hausarzt/ Kinderarzt	
Weitere behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung, Adresse, soweit bekannt)	
Krankenhaus- Aufenthalte	
Gibt es eine Person, die über die medizinischen Daten Auskunft erhalten darf?	

Beruf/Firma	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtarbeit <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> aktuell krankgeschrieben seit wegen
Längerbestehende AU in den letzten Jahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen Zeiten:
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> mit Kindern <input type="checkbox"/> mit Eltern <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V seit Pflegedienst:
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe:
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, hinterlegt:
Ernährungsform	
Impfpass/ Impfungen	<input type="checkbox"/> siehe Impfpass <input type="checkbox"/> folgende Impfungen vorhanden: <input type="checkbox"/> Tetanus: <input type="checkbox"/> Covid: <input type="checkbox"/> Diphtherie/Pertussis: <input type="checkbox"/> Polio: <input type="checkbox"/> Gürtelrose: <input type="checkbox"/> Pneumokokken: <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B: <input type="checkbox"/> FSME (Zecken): <input type="checkbox"/> Grippe/Influenza: <input type="checkbox"/> weitere Impfungen:
Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte nennen Sie alle Allergien/ Unverträglichkeiten inkl. der Symptome:

<input type="checkbox"/> Nikotin/Zigaretten <input type="checkbox"/> Alkohol pro Tag: <input type="checkbox"/> sonstige Drogen/Suchtmittel:	
Größe: Gewicht:	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> besondere Schuh-Einlagen <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke <input type="checkbox"/> Arm/Bein Prothesen: <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> weitere:
Dauermedikamente	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> s. beiliegenden Medikamentenplan
Bedarfsmedikamente	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> s. beiliegenden Medikamentenplan
Bisherige Teilnahme DMP	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II - Wechsel zu Dr. Bodenburg -
Bisherige Teilnahme HZV	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Wechsel zu Dr. Bodenburg
Bisherige Operationen	

Chronische Erkrankungen	
Herz-Kreislauf	<ul style="list-style-type: none"> o Bluthochdruck seit o KHK/Herzgefäßerkrankung seit o Herzinfarkt o Vorhofflimmern/Vorhofflattern seit o Herzrhythmusstörungen seit o Herzschrittmacher seit: o Herzmuskelerkrankungen: seit o weitere:
Lunge	<ul style="list-style-type: none"> o Asthma o COPD o Lungenkrebs o Sarkoidose o Weitere:
Hauterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> o Neurodermitis/ atopische Ekzeme seit o Schuppenflechte/Psoriasis seit o Hautkrebs: o weitere:
Neurologische/ Nervenerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> o Migräne seit o Polyneuropathie: wo? o rez. Kopfschmerzen o Tremor o Parkinson o Multiple Sklerose/MS o Epilepsie o Demenz o Depression o andere:
Stoffwechsel	<ul style="list-style-type: none"> o Schilddrüsenunterfunktion: o Schilddrüsenüberfunktion: o hoher Cholesterin o Diabetes mellitus: Typ: seit: o Gicht o andere:

Gastroenterologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> o Magen-/Darmerkrankungen: o Lebererkrankungen: Hepatitis o Bauchspeicheldrüse: o Gallenblase:
Rheumatische Erkrankung/ autoimmune Erkrankungen	
Nierenerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> o Niereninsuffizienz seit o Nierensteine
Krebserkrankungen	
Knochenerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> o Arthrose: Gelenk? o Wirbelsäule: o Osteoporose o weitere:
Weitere	<ul style="list-style-type: none"> o Augenerkrankung: grüner/grauer Star o Prostata o Eierstock/Gebärmutter: o andere:

Unklar länger bestehende Beschwerden/ Symptome	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> ja, folgende:	<input type="radio"/> Schlafstörung
	<input type="radio"/> Herzstolpern
	<input type="radio"/> Blut im Urin/Beschwerden beim Wasserlassen
	<input type="radio"/> Blut im Stuhl/Verstopfung/Durchfall/Magenschmerz
	<input type="radio"/> Rückenschmerzen
	<input type="radio"/> häufige Infekte
	<input type="radio"/> Kopfschmerzen
	<input type="radio"/> Belastungsluftnot
	<input type="radio"/> andere:
Vorsorge- Untersuchungen	
Check UP 35 / Check UP 18-34 (1x)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: zuletzt:
Hautkrebsscreening (ab 35Jahre alle 2 Jahre)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, zuletzt:
Darmkrebsscreening (Frau ab 55Jahre 2x Mann ab 50Jahre 2x)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Termin: <input type="radio"/> IFOPT (Test Blut im Stuhl) Termin:
Aortenscreening (Mann ab 65Jahre 1x)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Gynäkologische/ Urologische Vorsorge	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, zuletzt:
Organspende-Ausweis	<input type="radio"/> noch keine Gedanken gemacht <input type="radio"/> keiner vorhanden <input type="radio"/> ja, vorhanden <input type="radio"/> letzte Beratung erfolgt:
Screening auf Hepatitis B/C (ab 35 Jahre einmalig)	<input type="radio"/> noch nicht erfolgt <input type="radio"/> erfolgt am:

Ergänzungen	
--------------------	--

Wir bitten Sie, die Fragen so genau wie möglich zu beantworten!

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum Unterschrift

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,
Ihre Hausarztpraxis Dr. Bodenbug