

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient

Als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen! Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemand weitergegeben.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Früherer Hausarzt:

Praxisname	Praxisadresse	Telefonnummer
------------	---------------	---------------

Sind Sie bei diesen im Hausarztmodell eingeschrieben?    Nein     Ja   
Sollen Altbefunde angefordert werden?    Nein     Ja

Hiermit stimme ich zu, dass meine Befunde an oben genannte Praxis ausgehändigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Wasserlassen	Normal <input type="checkbox"/>	Vermehrt <input type="checkbox"/>
"Brennen" <input type="checkbox"/>	Startschwierigkeiten <input type="checkbox"/>	Nachts öfter als 1 - 2 mal <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Gewicht	Momentanes Gewicht: ____ kg	Konstant <input type="checkbox"/> Nicht konstant <input type="checkbox"/>
	Zunahme <input type="checkbox"/> Abnahme <input type="checkbox"/>	von ____ Kilogramm in ____ Monaten
Größe	_____ cm	

**Zigaretten?** Nein  Ja  Wenn ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_  
Wie viele Jahre schon? \_\_\_\_\_

**Alkohol ?** Nein  Ja  Wenn ja, täglich?  ab und zu?

**Für Patientinnen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Nein  Ja   
Geburten? Nein  Ja  Wann? \_\_\_\_\_  
Antibabypille Nein  Ja   
Monatsblutungen Regelmäßig Nein  Ja   
Wann war die letzte gyn. Vorsorge? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Nein  Ja

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?**

Ja, welcher \_\_\_\_\_  Nein

**Liegt ein Grad der Behinderung bei Ihnen vor?**

Ja, welcher \_\_\_\_\_  Nein

**Besitzen sie einen Impfausweis?** Nein  Ja

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wann war der letzte Check-up? \_\_\_\_\_

Wann war das letzte Hautkrebsscreening \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung \_\_\_\_\_

**WENN SIE EINE ERINNERUNG FÜR IHRE VORSORGETERMINE WÜNSCHEN,  
SPRECHEN SIE UNS BITTE AN**

Ihre erhobenen persönlichen Daten werden nach der DSGVO verarbeitet.  
Datenschutzblatt liegt im Wartebereich aus.

Wir möchten auch noch auf die KI-gesteuerte Dokumentation aufmerksam machen,  
über die wir Sie auch in unserem Datenschutzblatt informieren.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.  
**Ihr Praxisteam**