

# ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

wir freuen uns Sie bei uns in der **Hausarztpraxis Susanne Strenger** begrüßen zu dürfen.  
Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.



## Persönliche Daten

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten       |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche      | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall        | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit         |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Operationen               | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen   | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Magen- / Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht / Rheuma      | <input type="checkbox"/> Immunkrankheiten      |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> psychische Erkrank. | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung     |

Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere, nicht aufgeführte: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

**Wichtig!** Leidet jemand **aus Ihrem Familienkreis** an oben genannten Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil?  Ja  Nein

Wenn „Ja“, an welchem:  KHK  Asthma  COPD  Diabetes

Nehmen Sie bereits an einem **HZV-Modell** (Hausärzterverband) teil?  Ja  Nein

Wenn „Ja“:  HZV-AOK  HZV-BKK  HZV-EK  HZV-LKK  HZV-\_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Medikamente** (auch „Pille“) regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament	morgens	mittags	abends

bitte wenden →

**Wichtig!**

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

**Allergien:**     Ja     Nein            Wenn „Ja“, welche: \_\_\_\_\_

---

Wann wurden Sie zuletzt **geimpft**, gegen:

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_  
Pneumokokken: \_\_\_\_\_ Keuchhusten: \_\_\_\_\_ Masern: \_\_\_\_\_

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter **Check-up**? \_\_\_\_\_

Letzte **Augenkontrolle** am: \_\_\_\_\_  
 ohne Befund             Netzhautschäden

Letztes **EKG/Belastungs-EKG** am: \_\_\_\_\_

Letzte **Langzeit-Blutdruckmessung**: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**?             Ja, wann: \_\_\_\_\_     Nein

**Rauchen:**     Ja     Nein            Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_  
Seit wann: \_\_\_\_\_

**Alkohol:**     Ja     Nein            Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: \_\_\_\_\_  
Seit wann: \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm            **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Freizeitaktivitäten / Sport:** \_\_\_\_\_

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

**Wohnsituation:**     mit Partner lebend     Kinder im Haus     berentet     alleinstehend

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten? \_\_\_\_\_

---

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Vielen Dank.

Wir bieten auch die Teilnahme an verschiedenen Hausarzt-Modellen an, mit vielen Vorteilen für unsere Patienten. Bei Interesse Fragen Sie uns bitte.

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Strenger, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Hausarztpraxis Strenger vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.