



Lieber Patient, liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für Ihre Behandlung benötige ich einige Informationen von Ihnen. Wenn es Informationen gibt, die Sie lieber ausschließlich persönlich mit mir oder auch vorerst gar nicht besprechen möchten, lassen Sie die entsprechende Passage einfach aus. Der Anamnesebogen ist nur der Beginn eines Gesprächs.

S. Blumenthal

### **Anamnesebogen (ausführlich)**

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

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

**Notfallkontakt (Name, Adresse, Telefonnummer):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** Deutsch  andere: \_\_\_\_\_

**Allein lebend** **in Partnerschaft** **verheiratet** **verwitwet** **Sonstiges**

**Anzahl Kinder (inkl. Geburtsdatum):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Keine Kinder

**Beruf (aktuell/gelernt):** \_\_\_\_\_

**Versicherung:** \_\_\_\_\_

Keine Versicherung

**Vorheriger Hausarzt, Hausärztin:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?** \_\_\_\_\_

**Insbesondere Allergien gegen Medikamente?**  nein  ja

**Welche?** \_\_\_\_\_

**Operationen:**

OP	Jahr (in etwa)

**Liegen bei Ihnen vor (Zutreffendes ankreuzen):**

Erkrankungen aus dem Bereich:	nein	ja
<b>HerzKreislaufbereich</b> (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt)		
<b>Neurologische Erkrankungen</b> (z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, ALS, Demenz)		
<b>Psychische Erkrankungen</b> (z.B. Depressionen, Angst/Zwangserkrankungen)		
<b>Abhängigkeitserkrankungen/schädlicher Gebrauch</b> (z.B. von Alkohol, Zigaretten, Medien, sog. Partydrogen)		
<b>Obere/untere Atemwege/Lunge</b> (z.B. Asthma, COPD)		
<b>Magen/Darbereich</b> (z.B. Reflux, Reizdarmsyndrom, M. Crohn, Colitis)		
<b>Orthopädische Erkrankungen</b> (z.B. Bandscheibenvorfall, chronische Schmerzen, Arthrose)		
<b>Infektionskrankheiten</b> (z.B. Hepatitis, HIV, Syphilis, Gonorrhoe)		
<b>Krebserkrankungen</b> (z.B. der Lunge, Darm, Brust, Haut)		

**Nähere Angaben zu Vorerkrankungen:**

---



---



---

Nikotin  ja       nein      seit/Anzahl pro Tag: \_\_\_\_\_

Alkohol  Nie    1-3x/Woche    3-6x/Woche    Täglich    Mehrmals täglich

Treiben Sie Sport?  Nein       Ja: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie bestimmte Medikamente regelmäßig ein?**

Medikament	Dosis	wann?	Einnahmegrund

**Nutzen Sie weitere Medikamente gelegentlich:  nein**

**ja** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein**

**Haben Sie einen Organspendeausweis?  ja  nein**

**Gibt es in Ihrer Familie häufige Erkrankungen, Todesfälle unter 65 Jahren?**

**nein  ja und zwar** \_\_\_\_\_

**Mitbehandelnde Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen (Name, Fachrichtung):**

Facharzt/-ärztin für	Name	Behandlungsgrund

**Das bereitet mir Freude:** \_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund/besonderes Anliegen:** \_\_\_\_\_

**Die folgenden Personen dürfen in meinem Namen Rezepte, Formulare, Befunde und andere meine Gesundheit betreffende Schriftstücke in der Praxis Blumenthal abholen, bzw. entgegennehmen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unterschrift/Datum:** \_\_\_\_\_