

Patienten-Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben helfen uns, Ihre Beschwerden und Ihren Gesundheitszustand besser einzuschätzen.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hausarzt / bisherige Hausarztpraxis: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Aktueller Anlass des Arztbesuchs

Was führt Sie heute zum Arzt?

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Sind die Beschwerden plötzlich oder allmählich aufgetreten? ☐ plötzlich ☐ allmählich ☐ weiß nicht

Wie stark sind die Beschwerden aktuell? 0 = keine, 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden: ____ / 10

Was verschlimmert die Beschwerden? _____

Was verbessert die Beschwerden? _____

Welche Behandlung oder Medikamente wurden bereits ausprobiert? _____

3. Vorerkrankungen

☐ Bluthochdruck ☐ Herzkrankheit / Herzinfarkt ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Schlaganfall / TIA

☐ Diabetes mellitus ☐ Erhöhte Blutfette ☐ Asthma / COPD ☐ Lungenerkrankung

☐ Nierenerkrankung ☐ Lebererkrankung ☐ Magen-/Darmerkrankung ☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Rheumatische Erkrankung ☐ Krebserkrankung ☐ Psychische Erkrankung ☐ Neurologische Erkrankung

☐ Thrombose / Embolie ☐ Andere: _____

Weitere relevante Erkrankungen: _____

4. Operationen und Krankenhausaufenthalte

Jahr	Operation / Eingriff	Grund
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Relevante Krankenhausaufenthalte: _____

5. Medikamente

Medikament	Dosierung	Wie oft?	Grund
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

☐ Ich nehme keine regelmäßigen Medikamente.

Zusätzlich frei verkäufliche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder pflanzliche Präparate: ☐ Nein ☐ Ja

Welche? _____

6. Allergien und Unverträglichkeiten

Bestehen Allergien? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, gegen was? _____

Welche Reaktion tritt auf? _____

Medikamentenallergien bekannt? ☐ Nein ☐ Ja: _____

7. Impfungen

Sind Ihre Impfungen nach Ihrer Kenntnis aktuell? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht

Impfausweis vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Besondere / relevante Impfungen: _____

8. Familienanamnese

Erkrankung	Mutter	Vater	Geschwister	Sonstige
Herzinfarkt	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐	☐
Krebs	☐	☐	☐	☐
Thrombose/Embolie	☐	☐	☐	☐
Psychische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
Erbliche Erkrankungen	☐	☐	☐	☐

Weitere relevante familiäre Erkrankungen: _____

9. Lebensgewohnheiten

Rauchen: ☐ Nie geraucht ☐ Früher geraucht ☐ Aktuell Raucher/in

Menge: _____ Zigaretten/Tag Seit: _____ Aufgehört seit: _____

Alkohol: ☐ Kein Alkohol ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig Menge / Häufigkeit: _____

Andere Substanzen / Drogen: ☐ Nein ☐ Ja: _____

10. Ernährung und Bewegung

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben? _____

Körperliche Aktivität / Sport: _____

Durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden Schlafqualität: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

11. Psychische Belastung

Fühlen Sie sich derzeit besonders belastet oder gestresst? ☐ Nein ☐ Ja

☐ Niedergeschlagenheit ☐ Ängste / Sorgen ☐ Schlafstörungen ☐ Erschöpfung

☐ Konzentrationsprobleme ☐ Reizbarkeit ☐ Andere: _____

Möchten Sie darüber mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin sprechen? ☐ Nein ☐ Ja

12. Weitere Beschwerden

- Fieber ■ Gewichtsverlust ■ Gewichtszunahme ■ Nachtschweiß ■ Müdigkeit / Erschöpfung
■ Kopfschmerzen ■ Schwindel ■ Sehstörungen ■ Atemnot ■ Husten ■ Brustschmerzen
■ Herzasen / Herzstolpern ■ Bauchschmerzen ■ Übelkeit / Erbrechen ■ Durchfall
■ Verstopfung ■ Probleme beim Wasserlassen ■ Hautveränderungen ■ Gelenk- / Muskelschmerzen
■ Taubheitsgefühl / Kribbeln ■ Andere: _____

13. Vorsorge und letzte Untersuchungen

Letzte hausärztliche Untersuchung: _____ Letzte Blutuntersuchung: _____

Letzte bildgebende Untersuchung (z. B. Röntgen, CT, MRT, Ultraschall):

Letzte Krebsvorsorge / andere Vorsorgeuntersuchungen: _____

Weitere wichtige Befunde oder Arztberichte vorhanden? ■ Nein ■ Ja

Abschluss

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Für die Praxis – Notizen / Befunde:
