



Anamnesebogen (Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen) (Version 20150713) Seite 1/2

Liebe/r Patient/in,

herzlich Willkommen in der Hausarztpraxis Dr. Anja Wittkopp. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Sie helfen uns und Ihnen damit, die Wartezeit zu verkürzen. Ihre Angaben sind freiwillig. Je genauer Sie jedoch den Fragebogen bearbeiten, desto sachgerechter ist anschließend eine auf Sie individuell abgestimmte Therapie möglich. Sollten Sie Fragen nicht verstehen oder nicht klar beantworten können, steht Ihnen Ihr Praxisteam gerne zur Seite.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte geben Sie den Fragebogen nach dem Ausfüllen verdeckt persönlich bei uns am Empfang ab.

Name , Vorname
 Geburtsdatum Männlich / Weiblich

aktuelle Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, zusätzliche Adressangaben)

bei Bedarf: weitere Adresse (Erziehungsberechtigter / Bevollmächtigter / Kontaktperson)

Schulbildung/Beruf
 derzeit ausgeübte Tätigkeit
 Hobbys/ausgeübter Sport
 Telefon privat (mit Vorwahl) / mobil
 bei Bedarf: weitere Telefonnr. z.B. Kontaktperson (mit Vorwahl)
 Email
 Krankenversicherung/-Zusatzversicherung

aktueller Anlass / Beschwerden

aus welchen Grund besuchen Sie uns heute?
 seit wann/wie regelmäßig haben Sie diese Beschwerden?

Vorerkrankungen	nein	ja	Zeitraum bzw. seit wann/Bemerkungen
Bluthochdruck / Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asthma / Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutzucker / Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fett-Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gelenke / Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Leber / Magen / Darm / Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tuberkulose / HIV(Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tumor / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Unverträglichkeiten / Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>

Operationen/Krankenhausaufenthalte (Zeitpunkt, Grund)

aktuelle allgemeine Gesundheitsinformationen/Begleiterscheinungen

Durst normal / weniger,mehr,anders: , Appetit normal / weniger,mehr,anders:

Stuhlgang normal / weniger,mehr,anders:

Wasser lassen normal / weniger,mehr,anders:

Schlafstörungen nein / ja, Nachtschweiß nein / ja

Gewicht normal / Zunahme,Abnahme:

Atmung normal / erschwert,anders:

Muskelschwäche (körperliche Belastung/Bewegung) nein / ja:

Empfindungsstörungen/Missempfinden nein / ja:

Zigaretten nein / ja, Menge:

Alkohol nein / ja, Menge (täglich/hin und wieder):

Drogen nein / ja: Menge (täglich/hin und wieder):

bei Patientinnen

derzeitige Schwangerschaft nein / ja, Anzahl bisheriger Geburten

Verhütung (Pille/Sonstiges) nein / ja (**Medikamentenangabe oben**)

Monatsblutung regelmäßig nein / ja (**Vorsorge Untersuchungen beim Frauenarzt: Angabe s.u.**)

Medikamente (auch homöopathische, pflanzliche u. rezeptfreie Mittel / Nahrungsergänzungen / Vitaminpräparate / Schmerzmittel / Abführmittel / Stärkungsmittel / Schlafmittel)

Name	Menge/Dosis	Zeitpunkt(e) der Einnahme	seit wann

Vorsorge Untersuchungen (z.B.Gesundheitsuntersuchung, Magen/Darm, Krebsfrüherkennung, Hautkrebs)
Art | Zeitpunkt

Impfausweis vorhanden? nein / ja. Gerne kontrollieren wir Ihren Ausweis auf Vollständigkeit

Familienhintergrund	nein	ja	Zeitraum bzw. seit wann/Bemerkungen
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutzucker/Stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Unverträglichkeiten/Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstiges/erbliche Erkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Weitere Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

Bemerkungen

Ausfülldatum / Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr Praxisteam