

Anamnesebogen

Nummer: AM.2359.01.Q

Revision: 01

Seite 1 von 5

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in der Hausarztpraxis am Georgenhaus. Wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen und zu Ihrem ersten Besuch bei uns mitzubringen oder schon vorher anzugeben bzw. uns per Fax oder Mail zukommen zu lassen. Durch diesen Fragebogen können wir Ihre bisherige Krankengeschichte besser erfassen und Sie somit bestmöglich beraten und betreuen.

Bitte bringen Sie bei Ihrem ersten Besuch ihren Impfausweis und Medikationsplan mit.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

Anrede: _____ Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Anschrift:

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Zahlungsbefreiung: ja nein

Bezugsperson / Auskunft darf erteilt werden an:

Besteht eine Patientenverfügung? ja nein

Besteht eine Vorsorgevollmacht? ja nein

Haben Sie einen Pflegegrad? ja nein Welchen? _____

[...] einen Grad der Behinderung? ja nein Welchen? _____

Falls ja, welche Merkzeichen beinhaltet er? _____

Bisheriger Hausarzt: _____



Allgemeine medizinische Fragen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

➔ Falls JA, bitte **Medikamentenplan mitbringen**.

=====

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? ja nein

Reaktion auf _____

➔ Wenn vorhanden bitte **Allergiepass** mitbringen.

=====

Wurde der Impfstatus regelmäßig kontrolliert? ja nein

Bitte Impfpass mitbringen

=====

Corona: erkrankt geimpft (1x 2x) mit _____

ich lehne eine Impfung ab

=====

Tragen Sie eine Brille? nein Fernbrille Lesebrille Beides

=====

Tragen Sie Hörgeräte? ja nein

=====

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt und warum:

Hatten Sie Operationen: ja nein

Falls JA, welche:

=====

Leiden Sie an einer Krebserkrankung? ja nein

Falls JA, an welcher? _____

=====

Nehmen Sie bereits an einem Hausarztprogramm teil? ja nein

Nehmen Sie bereits an einem Disease Management Programm teil? (Chroniker-Programm der Krankenkassen) ja nein

Vorerkrankungen

Haben Sie Vorerkrankungen? Bitte ankreuzen:

Herz-Kreislauf:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="radio"/> Herzklappenfehler | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Thrombosen | <input type="radio"/> Verengung der Herzkranzgefäße | <input type="radio"/> Schrittmacher |

=====

Lunge:

- | | | |
|--|----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> Lungenembolie |
| <input type="radio"/> Lungenentzündung | | |

=====

Magen-Darm-Trakt:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="radio"/> Magengeschwür | <input type="radio"/> Sodbrennen |
| <input type="radio"/> Divertikel | <input type="radio"/> Hämorrhoiden | <input type="radio"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung |
| <input type="radio"/> Leberentzündung (Gelbsucht) | <input type="radio"/> Gallensteine | |

=====

Niere / Harnwege:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Nierensteine | <input type="radio"/> Nierenentzündung | <input type="radio"/> Nierenfunktionsschwäche |
| <input type="radio"/> Harnblasenentzündungen | <input type="radio"/> Prostatavergrößerung | |
| <input type="radio"/> Harnblasenschwäche / Inkontinenz | | |

=====

Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes mellitus (Zucker) Fettstoffwechselstörung
 Schilddrüsenerkrankung Gicht

=====

Muskel- / Skeletterkrankungen:

- Rheuma Arthritis / Arthrose Muskelschwäche

=====

Nervenerkrankungen:

- Epilepsie (Anfallsleiden) Parkinson Multiple Sklerose
 Demenz Polyneuropathie psychiatrische Erkrankung

Letzte Gesundheitsuntersuchung? _____

Nehmen Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil? ja nein

Leiden an einem oder mehreren folgender Symptome? Bitte ankreuzen:

- Stürze Immobilität Gehbeschwerden Schwindel
 Einsamkeit Gedächtnisproblemen Gewichtsabnahme

Mitbetreuende Kollegen:

Sind Sie bei weiteren Fachärzten in Betreuung? Wenn ja, bei wem? Name

- Rheumatologe _____
 Orthopäde / Chirurg _____
 Lungenfacharzt _____
 Kardiologe _____
 Neurologe _____
 Augenarzt _____
 Urologe _____
 Nierenfacharzt _____
 HNO-Facharzt _____
 anderer _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Sie erklären Ihr Einverständnis zur Nutzung und Speicherung der Daten im Rahmen der Betreuung in der Hausarztpraxis am Georgenhaus. Selbstverständlich unterliegen diese Daten der Schweigepflicht und werden nur im Rahmen der DSGVO-EKD gespeichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift