

**Anamnesebogen**  
**hausärztliche Erstvorstellung**



**Internistische Hausarztpraxis**

**Dr. med. (Uni. Belgrad, Serbien) Milica Pantelić-Zeitler**

Liebe Patientin, lieber Patient

um Sie bestmöglich und optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

**Persönliche Daten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung)

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

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## **Sozialanamnese**

- nicht berufstätig                       selbstständig                       Schüler / Ausbildung  
 Elternzeit                               beschäftigt in Vollzeit               beschäftigt in Teilzeit  
 beschäftigt im Schichtdienst         Rentner /in

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

Notfallkontakt (Name, Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig                               verheiratet                               verwitwet

Kinder: \_\_\_\_\_

Wohnsituation:  alleinlebend                       mit Familie  
 betreutes Wohnen                       Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivität: \_\_\_\_\_

## Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

wenn ja: Seit wann? nähere Angaben

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Herzerkrankungen, Herzfehler	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Durchblutungsstörung Beine	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Tumorerkrankung (Krebserkrankungen)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Blutungsstörung, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD, Lungenfibrose / zystische Fibrose)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
psychische Erkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa / Morbus Crohn, Polypen usw.)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Gelenkerkrankungen (z.B. Rheuma)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Harnsäurestoffwechselstörung (z.B. Gicht)	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____

## Allgemeine Anamnese

Rauchen Sie?  nein  ja Zigaretten am Tag \_\_\_\_\_

nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  nein  ja Gläser die Woche \_\_\_\_\_

nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? (auch Cannabis)  nein  ja Wie oft? \_\_\_\_\_

nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

## Allergien

Wespen-/Bienen gift  allergischer Schock in der Vergangenheit

Medikamente \_\_\_\_\_

Lebensmittel \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

## Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Wenn ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ % Merkzeichen (z.B. G, aG): \_\_\_\_\_

## Besitzen Sie einen Impfausweis?

ja  nein

(Bitte beim nächsten mal Mitbringen. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus)

## Haben Sie einen Pflegegrad?

ja  nein

Wann ja, welcher?  1  2  3  4  5

## Ernährungsgewohnheiten

Mischkost  vegetarisch  vegan  Sonstiges



## **Letzter Check Up**

letzter Gesundheitscheck up (wann, wo?) \_\_\_\_\_

Hautkrebsscreening (wann, wo?) \_\_\_\_\_

letzte Koloskopie / Darmkrebsvorsorge( wann , wo?) \_\_\_\_\_

Krebsvorsorge (Frauenarzt, Urologe) (wann, wo?) \_\_\_\_\_

## **NUR FÜR FRAUEN**

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  ja  nein

Geburten?  ja  nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

## **Sonstige Angaben**

Arm- / Beinprothese

Stoma

Herzschrittmacher

Stent

Port

Zahnprothese

Hörhilfe

Shunt / Atriumkatheter / Peritonealdialyse

Brille / Kontaktlinsen

Sonstiges

**Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation!**

**Mit freundlichen Grüßen Ihr Praxisteam der**

**Internistische Hausarztpraxis**

**Dr. med. (Uni. Belgrad, Serbien) Milica Pantelić-Zeitler**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift