



ANAMNESEBOGEN FÜR NEUPATIENT:INNEN

Checkliste für Ihren ersten Termin bei uns:

- | | |
|---|--------------------------|
| Versichertenkarte | ☐ |
| Anamnesebogen | ☐ |
| Medikationsplan (falls vorhanden) | ☐ |
| Impfausweis | ☐ |
| wichtige Vorbefunde/aktuelle Arztbriefe | ☐ |

Persönliche Angaben

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Krankenversicherung:

Beruf:

Bisherige Hausärztin / bisheriger Hausarzt:

Aktueller Beratungsanlass

- ☐ Akute Beschwerden
- ☐ Kontrolluntersuchung
- ☐ Gesundheits-/Vorsorgeuntersuchung
- ☐ Sonstiges: _____

Kurze Beschreibung Ihrer aktuellen Beschwerden oder Anliegen:

Vorerkrankungen / frühere Operationen

- ☐ Keine bekannt
- ☐ Ja, folgende:

Aktuelle Medikation

Präparat	Dosierung	Grund der Einnahme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allergien / Unverträglichkeiten

- ☐ Keine bekannt
- ☐ Ja, gegen: _____
- Reaktion(en): _____

Familiäre Risikofaktoren

Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen?

Erkrankung	Vater	Mutter	Geschwister
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐
Krebserkrankungen	☐	☐	☐
Sonstiges:	☐	☐	☐

Lebensstil (optional)

Rauchen: ☐ nein ☐ ja, ca. ____ Zigaretten/Tag

Alkoholkonsum: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Bewegung: ☐ wenig ☐ regelmäßig ☐ sportlich aktiv

Einverständnis

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____