

1.2.1 IR 1 Dok. 1

## Anamnesebogen

Datum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Um Sie möglichst umfassend medizinisch betreuen zu können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Vorgeschichte.

Selbstverständlich werden Ihre **freiwilligen** Angaben streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name, Vorname (ggf. Titel) \_\_\_\_\_ geborene \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ Fam.stand \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
(Angabe im Fall eines  
BG-Unfalles notwendig) \_\_\_\_\_

Berufsbelastung:  Schichtdienst  Lärm  Staub  Hitze  Gefahrstoffkontakt \_\_\_\_\_

berentet seit \_\_\_\_\_  vorzeitig berentet wegen \_\_\_\_\_  arbeitslos seit \_\_\_\_\_

Im Notfall zu kontaktierende \_\_\_\_\_  
Angehörige (Name / Tel.) \_\_\_\_\_  
ggf. Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Regelmäßig mitbetreuende \_\_\_\_\_  
Fachärzte (z.B. Kardiologe,  
Diabetologe, Rheumatologe) \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen

• Chronische Erkrankungen \_\_\_\_\_  
(z.B. Diabetes, Bluthochdruck,  
Schilddrüsenerkr., Asthma) \_\_\_\_\_

• Andere schwere Erkrankungen \_\_\_\_\_  
(z.B. Schlaganfall 2005,  
seitdem Beinschwäche links) \_\_\_\_\_

• Krebserkrankungen mit Jahres- \_\_\_\_\_  
zahl (z.B. Darmkrebs 2010,  
seitdem künstl. Darmausgang) \_\_\_\_\_

• Chronische Infektion (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) \_\_\_\_\_

**Weiter auf Seite 2!**

Name \_\_\_\_\_

1.2.1 IR 1 Dok. 1

• Größere Operationen, ggf. \_\_\_\_\_  
mit Jahresangabe (z.B. \_\_\_\_\_  
Blinddarmentfernung als Kind) \_\_\_\_\_

• Implantierte Fremdkörper (z.B. Hüft- \_\_\_\_\_  
endoprothese, Herzschrittmacher, \_\_\_\_\_  
Port nach Chemotherapie) \_\_\_\_\_

• In der Familie vorkommende \_\_\_\_\_  
chronische/schwere Erkrankungen \_\_\_\_\_

• Bekannte Allergien (z.B. gegen \_\_\_\_\_  
Medikamente, Kontrastmittel, \_\_\_\_\_  
Pflaster) \_\_\_\_\_

**Dauermedikation** (auch regelmäßige Schlafmittel, Depotspritzen, Schmerzpflaster etc. berücksichtigen)

z.B. ASS 100 mg 1 - 0 - 0 - 0 (morgens – mittags – nachmittags – abends)


Größe \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg, regelmäßige Blutspende  ja  nein

Regelmäßiger Nikotinkonsum \_\_\_\_\_ pro Tag, früherer Nikotinkonsum bis \_\_\_\_\_

Regelmäßiger Alkoholkonsum \_\_\_\_\_ pro Woche, riskanter Alkoholkonsum bis \_\_\_\_\_

Drogenkonsum  regelmäßig  gelegentlich  früherer regelmäßiger Drogenkonsum

Regelmäßig sportliche Aktivität \_\_\_\_\_ Std. pro Woche, \_\_\_\_\_ (Sportarten)

Spezielle Ernährung (z.B. vegetarisch, Unverträglichkeit) \_\_\_\_\_

Impfstatus: Jahr der letzten Impfung \_\_\_\_\_, ab dem 60.Lj. einmalig gegen Pneumokokken  ja  nein  
regelmäßig jährliche Grippeimpfung  ja  nein

Zustand nach Milzentfernung  ja  nein

**Wir bedanken uns herzlich für Ihre Angaben, noch offene Fragen klären wir gerne im persönlichen Gespräch.  
Ihr Praxisteam!**