

## Anamnesebogen für Neupatientinnen und -patienten

### Patientin/Patient

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

### Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

## Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt und seit wann?

Bluthochdruck	Ja, seit _____
Herzinfarkt	Ja, seit _____
Sonstige Herzkrankheiten	Ja, seit _____
Schlaganfall	Ja, seit _____
Durchblutungsstörungen der Beine	Ja, seit _____
Zuckerkrankheit/Diabetes	Ja, seit _____
Cholesterin zu hoch	Ja, seit _____
Krebserkrankungen	Ja, seit _____
Lebererkrankungen	Ja, seit _____
Nierenerkrankungen	Ja, seit _____
Magen-/Darmerkrankungen	Ja, seit _____
Lungenerkrankungen (Asthma/COPD)	Ja, seit _____
Schilddrüsenkrankheiten	Ja, seit _____
Augenerkrankungen	Ja, seit _____
Gelenkprobleme	Ja, seit _____
Hauterkrankungen	Ja, seit _____
Chronische Infektionskrankheiten	Ja, seit _____
Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	Ja, seit _____
Thrombose/Lungenembolie	Ja, seit _____
Migräne	Ja, seit _____
Schwindel	Ja, seit _____
Osteoporose	Ja, seit _____
Krampfleiden/neurologische Erkrankungen	Ja, seit _____
Psychische Erkrankungen	Ja, seit _____
Sonstiges	Ja, seit _____

Haben Sie Allergien?            Ja            Nein  
Welche?

---

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?            Ja            Nein  
Welche?

---

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?            Ja            Nein  
Welche?

---

Haben Sie in den letzten 6 Monaten deutlich an Gewicht zu- oder abgenommen?

Ja    abgenommen: \_\_\_\_\_ kg

Ja    zugenommen: \_\_\_\_\_ kg

Fühlen Sie sich leistungsfähig? Wenn nein, welche Beeinträchtigungen bestehen?

### **Krankengeschichte**

Welche Operationen hatten Sie und wann?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus und mit welchen Beschwerden?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheteruntersuchung    wann \_\_\_\_\_  
Magenspiegelung                wann \_\_\_\_\_  
Darmspiegelung                wann \_\_\_\_\_  
MRT                                wann \_\_\_\_\_  
CT                                 wann \_\_\_\_\_  
Ultraschall                      wann \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

## Lebensgewohnheiten/Umstände

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Bevorzugen Sie eine besondere Ernährungsform?

Ja, welche \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem Leben?

Ja, welche \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Ja Nein

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja Nein

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Ja Nein

Haben Sie einen Organspendeausweis? Ja Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

## Vorsorge

Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung?

Gynäkologie \_\_\_\_\_

Männliche Krebsvorsorge (ab 45) \_\_\_\_\_

Hautkrebsscreening (ab 35) \_\_\_\_\_

Gesundheits-Check (ab 35) \_\_\_\_\_

Darmvorsorge (Mann ab 50, Frau ab 55) \_\_\_\_\_

Hepatitisscreening \_\_\_\_\_

## Familiengeschichte

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) bekannt und bei wem?

Herzinfarkt/Herzkrankheit \_\_\_\_\_

Bluthochdruck \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit/Diabetes \_\_\_\_\_

Schlaganfall Krebserkrankung \_\_\_\_\_

## Wichtige Hinweise

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Medikamentenplan und den Impfausweis mit.

## Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient:in / ggf. gesetzliche Vertretung

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

*Ihr Praxisteam*

**Arztpraxis Wille**  
Anika & Tobias Wille  
Bahnhofstraße 13  
29525 Uelzen

**So erreichen Sie uns**  
Tel.: 0581 97188920  
Mail: [info@arztpraxis-wille.de](mailto:info@arztpraxis-wille.de)

**Sprechstunde**  
Montag – Freitag 08.00 bis 12.00 Uhr  
Montag und Donnerstag 15.00 bis 18.00 Uhr  
und nach Vereinbarung

**Terminsprechstunde**  
Montag – Freitag 08.00 bis 10.00 Uhr  
Montag und Donnerstag 15:00 – 16:30 Uhr