

Anamnesebogen

Die Anamnese ist die professionelle Erfragung von potentiell medizinisch relevanten Informationen. Ziel ist dabei die Erfassung der Krankengeschichte eines Patienten, zum Beispiel im Rahmen einer akuten Erkrankung.

Die Anamnese kann Fragen nach Vorerkrankungen und Allergien, familiären Erkrankungen, Beruf, Medikamenteneinnahmen, Risikofaktoren, Sexualverhalten und subjektiven Beschwerden beinhalten.

>> www.arztpraxis-beyer.de/datenschutz



Facharztpraxis für
Allgemeinmedizin

Dr. med. Lara-Sophie Beyer

Ortsgarten 14a

21398 Neetze

Tel.: 0 58 50 / 971 90 40

kontakt@arztpraxis-beyer.de

www.arztpraxis-beyer.de

Persönliche Daten

Name	<input type="text"/>	Bisheriger behandelnder Arzt	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Behandelnde Fachärzte	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="text"/>
Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kontaktdaten Betreuer:	<input type="text"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="text"/>
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="text"/>

Sozialanamnese

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Alter: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflege- <input type="checkbox"/> Stief- Sorgerecht: <input type="checkbox"/> alleiniges <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> gemeinsam, aber getrennt lebend
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Partner/Familie <input type="checkbox"/> Seniorenheim <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
Hastiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachabitur <input type="checkbox"/> Abitur
Berufslaufbahn	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> abgeschl. Ausbildung <input type="text"/> <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="text"/> <input type="checkbox"/> höchster akad. Titel <input type="text"/>
Aktuelle Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> selbständig als <input type="text"/> <input type="checkbox"/> angestellt als <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="text"/> Std. <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> berentet, vormals <input type="text"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/>
Freizeitaktivitäten	<input type="text"/>

Medizinische Daten & Krankengeschichte (bitte Berichte mitbringen)

Größe cm Gewicht kg

Gewichtsverlauf im letzten halben Jahr konstant zugenommen abgenommen **gewollt** ja nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Auch „Antibabypille“ und Vitaminpräparate oder Nahrungsergänzungsmittel.

Bitte bei mehr als fünf Medikamenten Plan einreichen oder Packungen mitbringen. Marcumarpass vorhanden?

Medikament	Dosierung	Einnahme seit

Schwerbehinderung nein ja, Grad

Hörhilfe nein ja

Sehhilfe nein ja

Zahnprothese(n) nein ja

Schrittmacher nein ja seit

Port nein ja seit

Stent nein ja seit

Dialyse nein ja, x pro Woche **Rhythmus**

Prothesen, Stoma nein ja

Stuhlgang Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? nein ja

Auffälligkeiten in der Farbe (sehr dunkel/schwarz, weiß, blutig)? nein ja

Vermeehrt Durchfälle oder Verstopfungen? nein ja

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? nein ja Welche?

Schwitzen Sie nachts oft? nein ja

Haben Sie normalen Appetit? nein ja

Schlafen Sie gut? nein ja Probleme einzuschlafen Probleme durchzuschlafen

frühes Erwachen nicht erholsamer Schlaf

Alpträume Restless Legs

Waren Sie im letzten Jahr im Ausland unterwegs? nein ja

Land / Ort	Reisedauer

Ernährung Vollkost vegetarisch vegan andere

Intoleranzen nein ja

Allergien nein ja

Trinken Sie Alkohol? nein ja, gelegentlich _____

ja, regelmäßig _____

ich habe früher regelmäßig getrunken / Alkohol konsumiert

Rauchen Sie? nein ja seit _____ ca.Zig./Tag _____

Ich habe aufgehört im Jahr _____

Konsumieren Sie Drogen? nein ja _____

Ich habe früher Drogen konsumiert _____

aktuell Entzug aktuell Substitution Praxis: _____

Letzte Impfung _____ Bitte Ausweis mitbringen!

Kinderkrankheiten Masern Mumps Röteln Windpocken (erkrankt)

Letzter Krankenhausaufenthalt Wo? _____ Jahr _____

Letzte Reha/Kur Wo? _____ Jahr _____

Operation(en)	Jahr

Hatten Sie schon mal eine Magenspiegelung? nein ja zuletzt: _____ Wo? _____

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung? nein ja zuletzt: _____ Wo? _____

MÄNNER: Gehen Sie regelmäßig zum Urologen? nein ja zuletzt: _____

FRAUEN: Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen? nein ja zuletzt: _____

Regelblutung letzte Regelblutung _____ erste Regel mit ___ Jahren

Schwangerschaft aktuell schwanger, ___SSW

bisher keine Schwangerschaft

bisher ___ Schwangerschaft(en), ___ Aborte/Fehlgeburten, ___ Kinder

Entbindungen natürlich Kaiserschnitt (Sectio)

Mammographie bisher keine ja zuletzt: _____

Fühlen Sie sich aktuell emotional belastet oder gestresst? nein ja _____

Waren Sie schonmal in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung? nein ja _____

Gibt es noch etwas, das Sie mir schriftlich mitteilen möchten?

Vorerkrankungen / Familienanamnese

ERKRANKUNG	EIGENE ERKRANKUNG / WELCHE?	IN MEINER FAMILIE / WER?
Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Koronare Herzkrankheit (Bypässe, Stents, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Andere Durchblutungsstörungen, Verschlusskrankheiten (pAVK)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Fettstoffwechselstörungen, hohe Cholesterinwerte (Hyperlipidämie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Nierenkrankheiten, Dialyse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Lungenkrankheiten (Asthma, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Bösartige Krankheiten (Krebs)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Thrombosen, Embolien, Krampfadern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Allergien, allerg. Schock	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Erkrankungen des Magens oder Darms	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Gicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Augenerkrankungen (Grüner oder Grauer Star, Erblindung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Parkinson-Krankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Demenz, Alzheimer-Demenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Migräne, Cluster-Kopfschmerz, chronische Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Gelenkerkrankungen, Rheuma, Erkrankungen des Bindegewebes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Hautkrankheiten (Neurodermitis, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____