

Anamnesebogen für die hausärztliche Erstvorstellung

Willkommen in der Praxis Peter Rösner Sulingen,
Schmelingstr. 47, 27232 Sulingen
Tel.: 04271-7273100
E-Mail: roesner-sulingen@t-online.de

Informationen zur Erstvorstellung

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Ihre medizinische Versorgung optimal gestalten zu können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns dabei, Sie bestmöglich zu betreuen.

Persönliche Daten

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefonnummer
- Mobilnummer
- E-Mail-Adresse
- Bisheriger Hausarzt
- Sonstige behandelnde Ärzte (Name und Fachrichtung)

Sozialanamnese

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Angaben an:

- Nicht berufstätig
- Selbstständig
- Schüler/Auszubildender
- Elternzeit
- Beschäftigt in Vollzeit
- Beschäftigt im Schichtdienst
- Rentner
- Beschäftigt in Teilzeit

Zusätzlich geben Sie bitte Ihren Beruf, Ihren Familienstand (ledig, verheiratet, verwitwet), die Anzahl Ihrer Kinder sowie Ihre Wohnsituation an (alleinlebend, mit Familie, betreutes Wohnen, Seniorenwohnheim). Notieren Sie auch, ob und welche sportlichen Aktivitäten Sie ausüben.

Erkrankungen

Bitte geben Sie an, ob Sie aktuell oder früher an einer der folgenden Erkrankungen leiden bzw. gelitten haben. Tragen Sie jeweils ein, seit wann und ggf. nähere Angaben:

Erkrankung	Nein	Ja	Seit wann?/Details
------------	------	----	--------------------

Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
---------------	-----------------------	-----------------------	--

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
------------------------------	-----------------------	-----------------------	--

Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
------------------	-----------------------	-----------------------	--

Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
--------------	-----------------------	-----------------------	--

Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
----------------------------------	-----------------------	-----------------------	--

Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
--------------------------	-----------------------	-----------------------	--

Fehstoffwechselstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
------------------------	-----------------------	-----------------------	--

Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-------------------	-----------------------	-----------------------	--

Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-------------------	-----------------------	-----------------------	--

Hauterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfleiden/Neurologische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allgemeine Anamnese

- Rauchen Sie? (Ja/Nein). Falls ja: Wie viele Zigaretten pro Tag? Falls nicht mehr: Seit wann?
- Trinken Sie Alkohol? (Ja/Nein). Falls ja: Wie viele Gläser pro Woche?

Allergien

- Wespen-/Bienenstich
- Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Medikamente
- Lebensmittel
- Andere Allergien
- Keine Allergien

Familienanamnese

Bitte geben Sie an, ob in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt sind:

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäße, Herzinfarkt
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Tumorerkrankungen
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Thrombose oder Lungenembolie

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Ja/Nein)

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen und aktuellen Medikationsplan mit.

Krankenhausaufenthalte und Operationen

- Waren Sie bereits im Krankenhaus? (Ja/Nein). Falls ja, bitte Grund und Klinik angeben.
- Wurden Operationen durchgeführt? (Herz, Bauch, Gefäße, Wirbelsäule oder sonstige Eingriffe — bitte erläutern).
- Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte Ihrer Krankenhausaufenthalte mit.

Wichtiger Hinweis

Bringen Sie bitte zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Kooperation!

Ihre Praxis Peter Rösner Sulingen

Ort, Datum

Unterschrift