

**Hausarztpraxis Karen Ahrendt**  
**Dr. med. Julian Bindewald (angestellter Arzt)**  
**Dr. med. Leena Schomerus (angestellte Ärztin)**

**Anamnesebogen**

**Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis!  
Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens ein wenig Zeit. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.  
Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** ..... **Beruf:** .....

**Adresse:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Mobilfunknummer:** .....

**Krankenkasse:** ..... **E-Mail:Adresse:** .....

**bisheriger Hausarzt (Adresse):** .....

**nächste Angehörige (bitte mit Telefonnummer):** .....

.....

**Körpergröße:** .....

**Körpergewicht:** .....

**Pflegestufe (I/II/III):** .....

**Schwerbehindertenausweis (ggf. Merkmale G/aG/H/B):** .....

**Pflegedienst, wenn vorhanden:** .....

**1. Warum kommen Sie heute in die Praxis?**

.....

**2. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Rheuma	Herzanfall (Angina pectoris)	Gicht
Tuberkulose (Tbc)	Herzschwäche	Gallensteine
Lungenentzündung	Herzinfarkt	Krebs
Rippenfellentzündung	Lebererkrankungen	Gelenkkrankheiten
Asthma, Heuschnupfen	Nierenerkrankungen/Steine	Thrombose
Krampfadern	Blasenentzündung	Offenes Bein
Hoher Blutdruck	Prostataerkrankung	Grauer Star
Schlaganfall	Schilddrüsenerkrankung	Grüner Star/Glaukom
Epilepsie (Krampfanfall)	Magen- oder Darmgeschwüre	Bluterkrankung
Fettstoffwechselstörung (hohes Cholesterin)	Erkrankung der Wirbelsäule/ Bandscheibe	Zucker (Diabetes)

**Andere Erkrankungen, wenn ja, welche?**

.....

**3. Leiden Sie regelmäßig unter folgenden Beschwerden? Wenn ja, bitte ankreuzen!**

Schwindel	ständige Müdigkeit
Benommenheit	Herzklopfen, auch ohne Belastung
Ohrgeräusche	
Brennen hinter dem Brustbein	nervöse Beschwerden
Herzschmerzen	häufiger Schnupfen
Schweißausbrüche	Sehstörungen
starke Ängste	Schwerhörigkeit
unklares Fieber (38/39°C)	Übelkeit/ Brechreiz
Konzentrationsstörungen	Juckreiz
Schlafstörungen	Atemnot

**4. Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen schon einmal durchgeführt ? Wenn ja, wann und warum?**

Röntgen  
MRT  
CT  
Belastungs-EKG  
Ultraschall des Bauches  
Blutanalyse  
Urinanalyse  
EEG

**5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

.....

**6. Haben Sie Allergien ? Wenn ja, bitte ankreuzen!**

Pollen	Hausstaub
Gräser	Tierhaare
Medikamente	Insektenstichallergie
Lebensmittelallergie	

andere: .....

**7. Wurden sie schon einmal operiert? Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Blinddarm	Blase	Knochenbrüche
Mandeln	Blutgefäße	Nieren
Magen	Frauenkrankheiten	Gallenblase
Darm	Schilddrüse	Herz

**Andere Operationen :** .....

**8. Sonstige Fragen zu Ihrem allgemeinen Befinden und Ihren Gewohnheiten in den letzten 12 Monaten. Bitte mit „ja“ oder „nein“ antworten!**

Haben Sie einen verminderten Appetit ?	Müssen sie nachts zur Toilette?
Haben Sie oft starken Durst ?	Haben Sie öfter Durchfall?
Schlafen Sie schlecht ein oder durch?	Leiden Sie an Verstopfung?
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	Schwankt Ihr Gewicht ?
Schwitzen sie schnell?	Rauchen Sie?
Trinken Sie täglich Alkohol?	Konsumieren Sie Drogen?
Sind Sie manchmal depressiv?	Nehmen Sie häufig Schmerz-, Abführmittel, Beruhigungs- oder Schlaftabletten?
Haben sie Sorgen oder andere Schwierigkeiten?	
Treiben Sie weniger als 3x wöchentlich Sport?	Leiden Sie an Inkontinenz von Blase oder Darm?
Ernähren Sie sich einseitig?	

**9. Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) eine der folgenden Krankheiten aufgetreten? Zutreffendes bitte ankreuzen! Wenn ja, bei wem?**

Hoher Blutdruck	Gallen-/Nieren-/Blasensteine	Gicht
Zuckerkrankheit	Allergien	Demenz
Schlaganfall	Nervenkrankheiten	Krebs
Herzinfarkt	Epilepsie (Krampfanfälle)	Hauterkrankungen
Übergewicht	Tuberkulose	Asthma

**10. Nur für Frauen!**

Wann war Ihre erste Regel?	Waren sie schon einmal zur Mammografie?
Wann war Ihre letzte Regel?	Gehen Sie regelmäßig zum Frauenarzt?
Haben Sie Kinder geboren?	Nehmen Sie die Pille? Welche?
Wie viele?	Hatten Sie Fehl- oder Frühgeburten?

**11. Nur für Männer!**

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?	Haben sie Probleme beim Wasserlassen?
Gehen Sie regelmäßig zum Urologen?	Leiden sie an einer Erkrankung der Prostata?

**12. Impfungen - Kreuzen Sie bitte die Impfungen an, an die Sie sich genau erinnern!**

Tetanus	Pneumokokken	Grippe-Impfung	Mumps
Diphtherie	Hirnhautentzündung	Hepatitis A/B	Masern
Keuchhusten	Kinderlähmung	Zecken-Impfung	Röteln

**13. Gesundheitsuntersuchungen**

Wann war Ihr letzter Check?..... Hautcheck?.....

**Haben Sie einen Impfausweis?**

Falls Sie ihn dabei haben, geben Sie ihn bitte gleich unserer Arzthelferin an der Rezeption.  
Wenn nicht, so legen Sie ihn bitte beim nächsten Praxisbesuch an der Rezeption vor.

***So, nun haben Sie es geschafft!***

Wenn Sie 70 Jahre oder älter sind, füllen Sie bitte noch den Zusatzbogen "Angelina" für uns aus!

***Vielen Dank für Ihre Mühe!***

***Nun können wir Ihre Beschwerden leichter verstehen und beurteilen.***

***Ihre vielleicht zukünftigen Hausärzte***

***Frau Karen Ahrendt, Dr. med. Julian Bindewald, Dr. med. Leena Schomerus***