

## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Um Ihnen eine optimale Behandlung und Betreuung ermöglichen zu können, bitten wir Sie, diese nach bestem Wissen auszufüllen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Ihre Angaben erfolgen natürlich freiwillig.

### Persönliche Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

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

Versicherung:  Privat  Gesetzlich  
(Name der Versicherung) \_\_\_\_\_

### Sozialanamnese

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt  verwitwet \_\_\_\_\_

Pflegestufe:  nein  ja (wenn ja, welche?) \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung:  nein  ja \_\_\_\_\_

Patientenverfügung:  nein  ja \_\_\_\_\_

Pflegevollmacht:  nein  ja \_\_\_\_\_

Organspendeausweis:  nein  ja \_\_\_\_\_

### Gewohnheiten

Allergien:  nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

Rauchen:  nein  ja \_\_\_\_\_ pro Tag; seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

Alkohol:  nein  ja \_\_\_\_\_

Dres. med. Christian Berg | Anne Illerhaus | Irina Dreizler | Anna Telger  
 Jörn Berker\* | Ann-Kristin Hüschens\*  
 Fachärzt\*innen für Innere- und Allgemeinmedizin  
 Naturheilverfahren | Chirotherapie | Akupunktur | Sportmedizin  
 Auf dem Dorn 21 48161 Münster  
[www.hausarztzentrum-roxel.de](http://www.hausarztzentrum-roxel.de)

### Familien- und Eigenanamnese

Erkrankungen	In Ihrer Vorgeschichte	In Ihrer Familie
KHK/Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ I oder II (bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapie mit Blutverdünnern (z.B. Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

### Sonstige (chronische) Erkrankungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medikation

Nehmen Sie Medikamente ein? Bringen Sie bitte Ihren Medikationsplan mit oder notieren Sie die Medikamente (möglichst mit Dosierung) und wie oft sie diese einnehmen.

### Sonstige Anmerkungen (wichtige Informationen, Wünsche, Erwartungen...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_