



Hausarztpraxis Dipl. med. Hanaa Ahmad

Fachärztin für Innere Medizin

ANAMNESEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

Herzlich willkommen! Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. AKTUELLER ANLASS – GRUND DES HEUTIGEN BESUCHS

Aktuelle Beschwerden / Anlass:

2. DRINGLICHE WARNHINWEISE

Bitte unbedingt ankreuzen, falls zutreffend:

- Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto)
- Herzschrittmacher / Defibrillator (ICD)
- Metallimplantate / Gelenkersatz / Stents
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)

3. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Beruf / Tätigkeit

Telefon / Mobil

E-Mail

Bisheriger Hausarzt (Name, Ort)

4. LEBENSSTIL & SOZIALANAMNESE

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

Familienstand / Wohnsituation:

- Alleinlebend Mit Familie/Partner Betreutes Wohnen

Rauchen Sie?

- Nein Ja (Menge/Tag: _____) Früher (gestoppt seit: _____)

Alkohol?

- Nein Gelegentlich Ja (Menge/Woche: _____)

Sportliche Aktivitäten / Bewegung im Alltag



Hausarztpraxis Dipl. med. Hanaa Ahmad

Fachärztin für Innere Medizin

ANAMNESEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

5. VORERKRANKUNGEN & BEFUNDE

- | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Lungenerkrankung (Asthma, COPD) |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Herzkrankung (KHK, Infarkt, Rhythmusstör.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Magen-/Darmerkrankung (Reflux, Ulkus) |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Schlaganfall / TIA | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Leber- / Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Psychische / Neurologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Tumorerkrankung / Krebs |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Fettstoffwechselstörung (z.B. Cholesterin) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Blutgerinnungsstörung / Thrombose |

Sonstige Erkrankungen / Ergänzende Angaben:

6. ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Keine bekannt
 Medikamente
 Lebensmittel/Laktose
 Pollen/Gräser
 Tierhaare
 Kontrastmittel
 Pflaster/Latex

Falls ja – welche Reaktionen? Gegen was genau?

7. VORSORGE & PRÄVENTION

Letzter Gesundheits-Check-Up (Jahr / bei wem)
 Letzte Darmspiegelung (Jahr)
 Letzte Krebsvorsorge gyn./urol. (Jahr)

Impfpass vorhanden? Ja Nein, reiche ich nach

Nur Frauen: Schwangerschaft? Nein Ja (Woche: ____) Unklar

8. AKTUELLE MEDIKATION

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (inkl. freiverkäuflicher Präparate, Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel)

- Nein Ja, siehe Tabelle unten / beiliegenden Medikationsplan (BMP)

Medikament / Wirkstoff	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hausarztpraxis Dipl. med. Hanaa Ahmad

Fachärztin für Innere Medizin

ANAMNESEBOGEN ZUR ERSTVORSTELLUNG

9. OPERATIONEN & KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Jahr	Diagnose / Grund / Operative Eingriffe

10. FAMILIENANAMNESE

Liegen in Ihrer engen Blutsverwandtschaft folgende Erkrankungen vor? (Eltern, Geschwister, Großeltern)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / KHK (vor dem 60. Lebensjahr) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Tumor-/Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod |

11. RECHTLICHE VORSORGE

Patientenverfügung: Vorhanden Nicht vorhanden

Vorsorgevollmacht: Vorhanden Nicht vorhanden

BESTÄTIGUNG & EINVERSTÄNDNIS

Ich bestätige, dass ich die Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Änderungen werde ich der Praxis umgehend mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in)
