



# HausMed Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Vor Ihrem Besuch bei uns benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Mit Hilfe dieser Informationen können wir Ihnen noch schnellere und bessere medizinische Unterstützung zukommen lassen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen möglichst umfassend aus und bringen Sie ihn zu Ihrem Termin in unserer Praxis mit.

Vielen herzlichen Dank vorab für Ihre Mithilfe. Wir helfen, dass Sie sich bei uns wohl und gut aufgehoben fühlen.

## Persönliche Daten

Name des Patienten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname

Name des Versicherten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname

Krankenkasse:

<input type="text"/>
Name

Geburtsdatum:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TT   MM   JJJ
----------------------	----------------------	----------------------	---------------

Geburtsort:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stadt	Land

Adresse:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Haus-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Stadt
<input type="text"/>	
Land	

Telefon:

<input type="text"/>
Festnetznummer
<input type="text"/>
Mobiltelefonnummer

E-Mail:

<input type="text"/>	@	<input type="text"/>
E-Mail		



## Ausweise

Haben Sie einen Impfpass (wenn ja, bitte zum Termin mitbringen)?  Ja  Nein

Haben Sie Gesundheitsausweise (z.B. Allergie-, Diabetiker, Bluthochdruck-, Schrittmacher-, Marcumarpass oder Schwerbehindertenausweis)?

Wenn ja, bitte zum Termin mitbringen

## Krankschreibung

Benötigen Sie aktuell eine Krankschreibung?  Ja  Nein  Bin mir nicht sicher

## Wichtige Körpermaße

Körpergröße aktuell:  cm

Körpergewicht:  kg

Taillenumfang:  cm

## Umwelt und Soziales

Wie ist Ihr Familienstand?

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein

Wie viele Kinder haben Sie?

Haben Sie ein stabiles persönliches Umfeld (Freunde/ Familienmitglieder, die Ihnen nahe stehen und in der Umgebung leben)?

Ja  Nein

Erhalten Sie Unterstützung bei der hausärztlichen Versorgung (z.B. ambulanter Dienst oder Essen auf Rädern)?

Ja  Nein

Welcher Beschäftigung gehen Sie zur Zeit nach?

Welchen Beruf/Studienabschluss haben Sie gelernt?



## Aktuelle Beschwerden

**Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

- hervorragend  sehr gut  gut  weniger gut  eher schlecht  sehr schlecht

**Haben Sie finanzielle Sorgen?**  Ja  Nein

**Haben Sie private Sorgen?**  Ja  Nein

**Haben Sie berufliche Sorgen?**  Ja  Nein

**Hatten Sie in letzter Zeit aufgrund Ihrer körperlichen Verfassung irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?**

- Nein
- Ja, ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein
- Ja, ich habe weniger geschafft als ich wollte
- Ja, ich konnte nur bestimmte Dinge tun
- Ja, ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)

**Wie sehr haben Ihre körperliche oder psychische Verfassung in letzter Zeit Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?**

- gar nicht  fast nicht  ein bisschen  ziemlich  sehr

**Gibt es aktuelle Beschwerden?**  Ja  Nein

Art der Beschwerden

**Haben Sie aktuell Schmerzen?**  Ja  Nein



Wo haben Sie Schmerzen? Bitte ankreuzen.

VORNE HINTEN

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

TT | MM | JJJJ

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen auf einer Skala von 0 bis 10?  
0 bedeutet keine Schmerzen, 5 normale Schmerzen und 10 stärkste Schmerzen



Wie ist der Schmerzcharakter?

- stechend
- brennend
- dumpf
- ausstrahlend
- ziehend
- krampfartig
- andere



## Gesundheitszustand in der Vorgeschichte

Sind Sie schon einmal operiert worden und wenn ja, wann und weshalb?

Ja  Nein

---

Operation (Grund/ Monat/ Jahr)

---

Operation (Grund/ Monat/ Jahr)

---

Operation (Grund/ Monat/ Jahr)

---

Operation (Grund/ Monat/ Jahr)

---

Operation (Grund/ Monat/ Jahr)

Wurden Sie schon einmal im Krankenhaus behandelt und wenn ja, wann und weshalb?

Ja  Nein

---

KH-Aufenthalt (Grund/ Monat/ Jahr)

---

KH-Aufenthalt (Grund/ Monat/ Jahr)

---

KH-Aufenthalt (Grund/ Monat/ Jahr)

---

KH-Aufenthalt (Grund/ Monat/ Jahr)

---

KH-Aufenthalt (Grund/ Monat/ Jahr)



**Sind Sie schon einmal geröntgt worden oder wurden Sie schon einmal mit einem CT untersucht und wenn ja, wann und an welchem Körperteil?**

Ja  Nein

Röntgen-Untersuchung (Grund/ Monat/ Jahr)

Röntgen-Untersuchung (Grund/ Monat/ Jahr)

Röntgen-Untersuchung (Grund/ Monat/ Jahr)

Röntgen-Untersuchung (Grund/ Monat/ Jahr)

Röntgen-Untersuchung (Grund/ Monat/ Jahr)

**Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung?**

Monat

Jahr

- Ich weiß nicht, ob ich gegen Tetanus geimpft bin
- Ich kann mich nicht erinnern, wann meine letzte Impfung war

**Leiden Sie unter chronischem Kopfschmerz oder Migräne?**

Ja  Nein

**Haben Sie eine Herzerkrankung oder waren Sie schon einmal herzkrank?**

Ja  Nein

**Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?**

Ja  Nein

**Haben Sie eine Gefäßerkrankung oder hatten Sie schon einmal eine Erkrankung der Gefäße bzw. des Gefäßsystems?**

Ja  Nein

**Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall?**

Ja  Nein



- Liegt oder lag bei Ihnen eine Blutungsneigung oder eine Blutgerinnungsstörung vor?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Erkrankung der Lunge oder der Atemwege, oder hatten Sie schon einmal eine Erkrankung der Lunge oder der Atemwege (Erkältungskrankheiten ausgenommen)?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Stoffwechsel- oder Hormonerkrankung oder hatten Sie schon einmal eine Stoffwechsel- oder Hormonerkrankung?  Ja  Nein
- Leiden oder litten Sie an Diabetes mellitus?  Ja  Nein
- Leiden oder litten Sie unter einer Schilddrüsenfunktionsstörung (Über- bzw. Unterfunktion)?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einer Fettstoffwechselstörung bzw. wurden bei Ihnen schon zu hohe Cholesterinwerte festgestellt?  Ja  Nein
- Haben oder hatten Sie schon einmal eine Erkrankung des Magen-Darm-Trakts?  Ja  Nein
- Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen der Gallenwege und/oder der Leber vor (Fettleber, Leberzirrhose, Gallensteine u.Ä.)?  Ja  Nein
- Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen von Nieren und/oder Blase vor?  Ja  Nein
- Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen der Geschlechtsorgane vor?  Ja  Nein
- Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen von Skelett oder Muskulatur vor (ausgenommen Verletzungen)?  Ja  Nein
- Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen der Gelenke vor?  Ja  Nein
- Haben oder hatten Sie schon einmal eine Hauterkrankung?  Ja  Nein
- Sind Ihnen in letzter Zeit Veränderungen Ihrer Haut aufgefallen?  Ja  Nein



Leiden Sie unter einer chronischen Infektion?

Ja  Nein

Leiden Sie unter einer Krebserkrankung oder wurde bei Ihnen schon einmal Krebs festgestellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie schon Knochenbrüche erlitten?

Ja  Nein

Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?

Ja  Nein

Haben oder hatten Sie schon einmal eine psychische Erkrankung?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Depression oder wurden bei Ihnen schon einmal Depressionen festgestellt?

Ja  Nein

Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie) oder litten Sie früher darunter?

Ja  Nein

Leiden Sie unter der Alzheimerschen Krankheit oder einer anderen Form von Demenz?

Ja  Nein

Leiden Sie an Allergien?

Ja  Nein

Leiden Sie unter einer Behinderung?

Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit dem Gehör?

Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit den Augen?

Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit dem Gehen?

Ja  Nein

Welche der folgenden körperlichen Beeinträchtigungen treffen ggf. (noch) auf Sie zu: Amputationen, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Muskelschwund, Gelenkprothesen

Ja  Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Organtransplantation vorgenommen?

Ja  Nein

Leiden Sie unter weiteren Erkrankungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art?





## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

Name/Dosis morgens – Dosis mittags – Dosis abends – Dosis zur Nacht

---

Name/Dosis morgens – Dosis mittags – Dosis abends – Dosis zur Nacht

---

Name/Dosis morgens – Dosis mittags – Dosis abends – Dosis zur Nacht

---

Name/Dosis morgens – Dosis mittags – Dosis abends – Dosis zur Nacht

---

Name/Dosis morgens – Dosis mittags – Dosis abends – Dosis zur Nacht

Sind Sie in den letzten drei Monaten mit Cortison behandelt worden?

Ja  Nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Ja  Nein

---

Welche?

## Erkrankungen in der Familie

Leidet ein direkter Angehöriger von Ihnen (Eltern, Geschwister, Großeltern) unter einer der angegebenen Erkrankungen?

- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus/  
Zuckerkrankheit
- Übergewicht
- Rheuma
- Schlaganfall
- Herzinfarkt

- Asthma
- Thrombose/  
Osteoporose
- Knochenschwund
- Krebs
- Depression
- Schizophrenie

- Alzheimer Demenz
- Sonstige Demenz
- Epilepsie
- Es liegen keine Erkrankungen bei meiner direkten Verwandtschaft vor

---

Andere



## Körperfunktionen

- Haben Sie Ein- und/oder Durchschlafstörungen?  Ja  Nein
- Schwitzen Sie nachts stark?  Ja  Nein
- Haben Sie in der letzten Zeit ungewollt Gewicht zu- oder abgenommen (+/- 3 bis 4 Kilogramm)?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?  Ja  Nein
- Haben Sie auffällig großen Durst/ Leiden Sie oft/ ständig unter quälendem Durst?  Ja  Nein
- Gibt es Beschwerden beim Stuhlgang?  Ja  Nein
- Gibt es Auflagerungen beim Stuhlgang (z.B. Blut)?  Ja  Nein
- Kommt es zu häufigem Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?  Ja  Nein
- Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen?  Ja  Nein
- Gibt es Auffälligkeiten beim Wasserlassen (z.B. hinsichtlich Farbe, Menge, Geruch, Schaumbildung)?  Ja  Nein
- Müssen Sie oft nachts mehr als ein Mal Wasser lassen?  Ja  Nein

## Nur für Frauen

- Sind Sie momentan schwanger?  Ja  Nein
- In der wievielten Woche sind Sie schwanger?
- Haben Sie eine Periodenblutung?  Ja  Nein
- Haben Sie Beschwerden bei der Periodenblutung?  Ja  Nein
- Ist Ihre Periodenblutung regelmäßig?  Ja  Nein
- Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung?  Jahre
- Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periodenblutung?  Jahre



Leiden Sie unter Beschwerden der Wechseljahre?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Libidostörungen?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?  Ja  Nein

Sind Sie mit Ihrem Sexualleben glücklich/zufrieden?  Ja  Nein

## Nur für Männer

Wurde bei Ihnen schonmal eine Vergrößerung der Prostata festgestellt?  Ja  Nein

Haben Sie das Gefühl, dass es beim Wasserlassen länger dauert als früher?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Potenzstörungen?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Libidostörungen?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?  Ja  Nein

Sind Sie mit Ihrem Sexualleben glücklich/zufrieden?  Ja  Nein

## Gesundheitsverhalten

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?  pro Tag

Seit wann rauchen Sie?  Jahre

Wie oft essen Sie frisches Gemüse?

- (fast) jeden Tag
- 3 bis 4 mal die Woche
- 1 bis 2 mal die Woche
- selten
- nie



**Wie oft essen Sie Seefisch?**

- jede Woche mehrmals
- jede Woche ein Mal
- 2 bis 3 mal im Monat
- selten
- nie

**Wie oft nehmen Sie Milch oder Milchprodukte zu sich?**

- Ich trinke/esse (fast) nie Milch oder Milchprodukte
- selten
- etwa ein Mal pro Woche
- etwa zwei Mal pro Woche
- etwa drei bis fünf Mal pro Woche
- täglich
- mehrmals täglich

**Wie oft essen Sie Fleisch und Wurstwaren?**

- (fast) jeden Tag
- 3 bis 4 mal die Woche
- 1 bis 2 mal die Woche
- selten
- nie

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**

- (fast) jeden Tag
- 3 bis 4 mal die Woche
- 1 bis 2 mal die Woche
- ein paar Mal im Monat
- selten
- nie

**Müssen Sie bei Ihrer Arbeit viel stehen?**

- Ja
- Nein

**Arbeiten Sie überwiegend im Sitzen?**

- Ja
- Nein

**Müssen Sie bei Ihrer Arbeit oft schwere Sachen heben?**

- Ja
- Nein



Welche nicht-alkoholischen Getränke nehmen Sie an einem normalen Tag zu sich?

---

Versuchen Sie Ihre tägliche Trinkmenge anzugeben

- weniger als zwei durchschnittlich große Gläser/ Tassen
- ca. 0,5 Liter
- ca. 1 Liter
- ca. 1,5 Liter
- ca. 2 Liter
- mehr als 2 Liter

Welchen Alkohol bevorzugen Sie?

- Ich trinke keinen Alkohol
- Bier
- Wein
- Longdrinks
- Schnaps
- Cocktails
- Sekt und Champagner
- andere alkoholische Getränke

---

Wie viel Alkohol trinken Sie?

- etwa ein Glas/eine Flasche in der Woche
- etwa zwei Gläser/Flaschen in der Woche
- etwa drei bis fünf Gläser/Flaschen in der Woche
- Jeden Tag/fast jeden Tag etwa ein Glas/eine Flasche
- mehr als ein Glas proTag



Vielen Dank, dass Sie sich für die Angaben Zeit genommen haben. Drucken Sie einfach das Ergebnisformular auf der nächsten Seite aus und bringen es zu Ihrem Termin bei uns mit. Bitte denken Sie neben dem Ausdruck auch an folgende Dokumente und Unterlagen, wenn Sie in die Praxis kommen:

- Ihre Versichertenkarte
- Ihr Impfbuch
- ggf. vorhandene Unterlagen zu Vorerkrankungen, Arztbriefe u.Ä.
- ggf. vorhandene Dokumente wie Allergiker Pass, Diabetiker, Ausweis, Marcumarpass, Schwerbehinderten Ausweis u.Ä.
- ggf. vorhandenen Überweisungsschein

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!