

# ANAMNESEBOGEN

ARZT / ALTEFELD

Seite 1 von 5

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

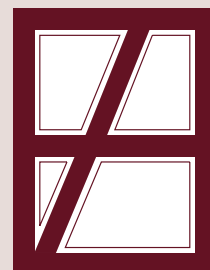
Willkommen in der Hausarztpraxis A. Menzer in Altefeld. Um Sie bestmöglich behandeln zu können, nehmen Sie sich bitte die Zeit und füllen die Angaben gewissenhaft aus. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an das Personal.

Falls vorhanden, legen Sie uns bitte bei Erstvorstellung Ihren Impfausweis und vorhandene Arztbriefe vor.

**Danke für Ihre Mithilfe!**

**ARZT / ALTEFELD**

Heidelbergstr. 3  
37293 Herleshausen  
OT Altefeld



**ASTRID MENZER**

FÄ für Innere Medizin –  
hausärztliche Versorgung  
FÄ für Herzchirurgie

Telefon: +49 5654 24 59 90

Fax: +49 5654 24 59 99

E-Mail: [praxis@arzt-altefeld.de](mailto:praxis@arzt-altefeld.de)

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

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

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

Pflegegrad: [1]  [2]  [3]  [4]  [5]

## Soziale Anamnese

Beruf \_\_\_\_\_  erlernt  ausgeübt

Rentner  BU /  EU

Selbstständig

Beschäftigt in Vollzeit / Teilzeit

Schüler / in Ausbildung

Schichtdienst

## Wohnsituation

Alleine  mit meiner Familie  betreutes Wohnen  Seniorenheim

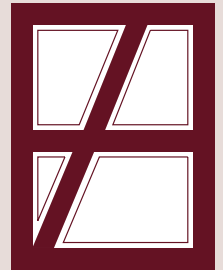
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Alleinerziehend

**Pflegegrad:**  nein  ja/Grad: \_\_\_\_\_

**Schwerbehinderung:**  nein  ja/GdB: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**  nein  ja



**Allgemeine Vorgeschichte**

**Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt**

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Sonstige behandelnde Ärzte**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm HZV (gesetzlich Versicherte):**

Ja, bei einem anderen Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Krankengeschichte**

**Letzter Check up:**

Hautarzt: \_\_\_\_\_  Regelmäßige Vorsorge: \_\_\_\_\_

Frauenarzt: \_\_\_\_\_  Urologe: \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

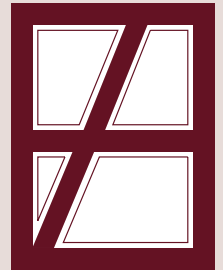
**Starke ungewollte Änderung des Gewichts in den letzten 6 Monaten**  Abnahme  Zunahme

**Raucher:**  Ja  Nein  in der Vergangenheit

wie viele Zigaretten tgl. über welchen Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Alkohol:** wie oft / welche Mengen: \_\_\_\_\_

**Sonstige Rauschmittel:** \_\_\_\_\_



## Sonstige Angaben

- |   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arm-/Beinprothese, | <input type="checkbox"/> Stoma,  | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher, |
| <input type="checkbox"/> Defi,              | <input type="checkbox"/> ICD,    | <input type="checkbox"/> Zahnprothese,      |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfe,          | <input type="checkbox"/> Brille, | <input type="checkbox"/> Shunt – wo:        |

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Allergien (ggf. Allergieausweis)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wespen-/ Bienengift, | <input type="checkbox"/> Allergischer Schock in der Vergangenheit, |
| <input type="checkbox"/> Medikament,          | <input type="checkbox"/> Lebensmittel                              |

## Kinderkrankheiten

- |                                 |                                 |                                     |                                |   |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Ernährungsgewohnheiten

- |                                    |                                      |                                |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mischkost | <input type="checkbox"/> vegetarisch | <input type="checkbox"/> Vegan |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Durchgemachte schwere Erkrankungen / Unfälle:

Welche? Wann? \_\_\_\_\_

## Covid 19 / Corona-Infektion:

- |                             |                               |   |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Impfung, <input type="checkbox"/> [1.], <input type="checkbox"/> [2.], <input type="checkbox"/> [Auffrischungsimpfung] |
|-----------------------------|-------------------------------|---|

## Chronische Erkrankungen:

### Lungenerkrankungen:

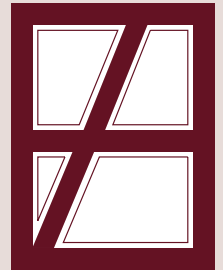
- |                                      |  |                                       |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma,     | <input type="checkbox"/> COPD,           | <input type="checkbox"/> Lungenkrebs, |
| <input type="checkbox"/> Sarkoidose, | <input type="checkbox"/> Lungenemphysem, | Andere _____                          |

### Haut:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis,          | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte, |  |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten, | Andere _____                              |  |

### Herz-Kreislaufkrankheiten:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck,                | <input type="checkbox"/> Schlaganfall,      |  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt,                  | <input type="checkbox"/> angeb. Herzfehler, |  |
| <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäßkrankung (KHK), | Andere _____                                |  |



**Neurologische Erkrankung:**

- Epilepsie (Krampfanfälle),  
 MS,  Parkinson,  Demenz,  
 Depression,  Schizophrenie,

Andere \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

- Diabetes,  Hohe Blutfette / Cholesterin,  
 Schilddrüsenerkrankungen,  Gicht,

Andere \_\_\_\_\_

**Sonstige:**

- Grauer Star,  Grüner Star,  
 Rheuma,  (Chronische) Hepatitis,  
 Infektionskrankheiten,  HIV/ AIDS,  
 Medikamenten-/Drogenabhängigkeit,  
 Schlafapnoe (Schlafmaske?),  
 Nierenerkrankungen / Dialyse (Blutwäsche),  
 Krebserkrankungen, chronische Magen-/ Darmkrankheiten,  
 Thrombose oder Lungenembolie,  
 Blutungsstörungen/Bluterkrankungen

**Operationen: welche, wann, wo**

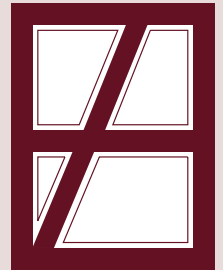
Herz- / Gefäße: \_\_\_\_\_

Wirbelsäule: \_\_\_\_\_

Bauch: \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat – künstl. Gelenke: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_



## Medikamentenplan:

Wirkstoff/ Dosierung / Blutverdünner / Insuline (oder Plan anfügen)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## Länger bestehende/ widerkehrende Beschwerden:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen/Gelenkbeschwerden         | <input type="checkbox"/> Schindel,                                |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin/Stuhl,                       | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte,                         |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfälle,                   | <input type="checkbox"/> Seelische /nervöse Beschwerden,          |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen / nichterholsamer Schlaf, | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden,                |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz/Migräne,                      | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen/Wasser halten |

## Familiengeschichte:

Bestehen bei Blutsverwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck,                             | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen,                 |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall,                              | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine, |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen,                         | <input type="checkbox"/> Zucker / Diabetes,                |
| <input type="checkbox"/> Blutungsstörungen/ Bluterkrankungen,       | <input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie,        |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen/ Schizophrenie, | <input type="checkbox"/> Krampfleiden,                     |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich die Angaben zum Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift