

# ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN



LANDÄRZTE  
AMTZELL

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen bei den Landärzten Amtzell

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch aus.  
Bitte beachten Sie die beigefügte Information zum Datenschutz. Ihre Angaben unterliegen  
der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (tagsüber)

E-Mail \*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kon-  
taktierung zu medizinischen Sachverhalten  
über dieses Medium wünschen

Beruf \*Freiwillige Angabe – dient der optimalen  
und individuellen Diagnose sowie Therapie-  
planung

## KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Bei wem sind Sie versichert?

## WEGEN WELCHER KRANKHEIT WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

### ALLERGIEN

Medikamente (z. B. Penicillin)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Heuschnupfen

Wenn ja, welche Pollen? \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

### BLUTERKRANKUNGEN

Blutarmut (Anämie)

Blutungsneigung (Hämophilie)

Thrombose

### HERZERKRANKUNGEN

Angina pectoris

Herzstolpern (Arrhythmie)

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzinfarkt

Wenn ja, wann und wie viele? \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher

Wenn ja, wann wurde dieser eingesetzt? \_\_\_\_\_

Herzklappenerkrankung

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV | AIDS

Hepatitis:  A  B  C

Tuberkulose

### GEFÄß- | KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Arterienerkrankung (pAVK)

Venen (tiefe Venenthrombose |  
venöse Insuffizienz)

Ödeme (Lymphödem | Lipödem)

BITTE WENDEN

LUNGENERKRANKUNGEN

- Asthma bronchiale
- COPD

MAGEN- | DARMERKRANKUNGEN

- Colitis ulcerosa
- Morbus Chron

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Migräne

ERKRANKUNGEN DES NIEREN- | GENITALTRAKTES

- Nierenerkrankung | Niereninsuffizienz
- Prostataerkrankung
- Häufige Blasenentzündungen

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

- Angststörung
- Depression
- Psychose

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung):  Typ I  Typ II
- Harnsäure (Hyperurikämie | Gicht)  Vitaminmangel
- Schilddrüsenerkrankung (Struma | M. Basedow | Hashimoto | Thyreoiditis | Hypothyreose)  Fettstoffwechselstörung (Cholesterin | Triglyceride)

ORTHOPÄDIE

- Bandscheibenvorfall
- Schulterschmerzen
- Morbus Bechterew | Scheuermann
- Gelenkerkrankung
- Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Rechts  Links  Wirbelsäulenoperation
- Arthrose  Osteoporose
- Schmerzen an Hals- | Brust- | Lendenwirbelsäule

TUMORERKRANKUNGEN

- Krebs | Metastasen

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

\_\_\_\_\_

ANGABEN BEI PATIENTINNEN

- Menstruationsbeschwerden
- Aktuelle Schwangerschaft
- Orale Kontrazeption (Pille)
- Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

WEITERE ANGABEN

- Rauchen Sie?
- Operationen | Unfälle?
- Treiben Sie Sport?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_
- Wenn ja, wann bzw. welche OPs? \_\_\_\_\_
- Wenn ja, welcher Art und wie oft? \_\_\_\_\_

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG EIN?

Name des Medikaments   Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS® | Marcumar® | Pradaxa® | Eliquis® | Xarelto®)  Ja  Nein

WELCHE SCHUTZIMPFUNGEN HABEN SIE BEKOMMEN?

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen.

- Tetanus  Diphtherie  Polio  Reiseimpfungen
- Masern  Pertussis (Keuchhusten)  Mumps  Gürtelrose
- Hepatitis A  Hepatitis B  FSME (Zecken)  Grippe
- Pneumokokken



LANDÄRZTE  
AMTZELL

## Datenschutzvereinbarung:

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort | Datum

---

Unterschrift