

# Patienten-Fragebogen (Anamnese)

Hausarztpraxis  
Hasede

*Liebe Patientin, lieber Patient der Hausarztpraxis Hasede,*

Damit wir Ihnen in allen Gesundheits-Fragen optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in diesem ausführlichen Patienten-Fragebogen. Lassen Sie bitte alle Fragen aus, auf die Sie nicht antworten wollen oder können.

Name, Vorname: .....

Straße, Wohnort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Telefon tagsüber: ..... E-Mail: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf /aktuell ausgeübte Tätigkeit: .....

Haben Sie Allergien? Nein  Ja

Welche? .....

Gab es Operationen? Nein  Ja

Wenn ja, welche? (mit Jahr) .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein  Ja

Wenn ja, welche? .....

Rauchen Sie? Nein  Ja

Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? .....

Trinken Sie Alkohol? Nein  1x pro Monat  1x pro Woche  täglich

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

---

Gibt es bei Ihnen Vorerkrankungen (bitte nur Zutreffendes ankreuzen)

- |                    |                       |                              |                       |                     |                       |
|--------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| Herzinfarkt        | <input type="radio"/> | Schlaganfall                 | <input type="radio"/> | Bluthochdruck       | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung    | <input type="radio"/> | Asthma                       | <input type="radio"/> | COPD (Raucherlunge) | <input type="radio"/> |
| Hohe Blutfettwerte | <input type="radio"/> | Gicht                        | <input type="radio"/> | Zuckerkrankheit     | <input type="radio"/> |
| Gallenkrankheit    | <input type="radio"/> | Leberkrankheit               | <input type="radio"/> | Magenkrankheit      | <input type="radio"/> |
| Darmkrankheit      | <input type="radio"/> | Hautkrankheit                | <input type="radio"/> | Nierenerkrankung    | <input type="radio"/> |
| HIV positiv        | <input type="radio"/> | Hepatitis C                  | <input type="radio"/> | Epilepsie           | <input type="radio"/> |
| Rheuma             | <input type="radio"/> | Bauchspeicheldrüsenkrankheit |                       |                     | <input type="radio"/> |

Herzkatheter-Untersuchung? Wenn ja, welches Jahr?

---

Sonstige Vorerkrankungen/ Anmerkungen?

---

Gibt es Erkrankungen in der Familie (Vater, Mutter, Geschwister, Kinder)

- |                 |                       |                    |                       |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| Herzinfarkt     | <input type="radio"/> | Schlaganfall       | <input type="radio"/> | Tumorerkrankung | <input type="radio"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> | Hohe Blutfettwerte | <input type="radio"/> |                 |                       |

Sonstige Erkrankungen in der Familie?

---

Wünschen Sie eine Überprüfung/Auffrischung Ihrer Schutz-Impfungen?  
Dann bringen Sie bitte bei Ihrem nächsten Besuch Ihr Impfbuch mit in die Praxis.

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir bedanken uns für die Zeit,  
die Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens genommen haben!

**Ihr Team der Hausarztpraxis Hasede**