



HAUSARZTPRAXIS VEGESACK

Ivans Kuznecovs
Facharzt für Innere Medizin,
Praxisinhaber

Dr. med. Frank Petereit
Facharzt für Innere
Medizin

Dr. med. Stephan Raps
Facharzt für Innere Medizin und
Gastroenterologie

Anamnesebogen für Neupatienten / Aktualisierung

Liebe Patientin, lieber Patient! Dieser Fragebogen hilft uns, Sie besser kennenzulernen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bitte denken Sie bei Ihrem nächsten Termin an Ihren Impfausweis!

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse	Beruf / Ausbildung
Familienstand / Kinder	Telefon / Handy
Adresse	E-Mail
Letzter Hausarzt (mit Adresse)	

Sicherheitsrelevante Fragen

Blutverdünner (z. B. Marcumar, Eliquis/Apixaban, Xarelto)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche(s)

Herzschrittmacher, Defibrillator oder andere Implantate? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche(s)

Schwangerschaft / Stillzeit möglich? (bei Frauen) ☐ Ja ☐ Nein

Unverträglichkeit gegen Kontrastmittel / Röntgen bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Eigene Erkrankungen haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**Herz-Kreislauf**

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzkrankheit (Infarkt, Rhythmusstörungen)

Stoffwechsel

- ☐ Diabetes (Blutzuckerkrankheit)
- ☐ Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)
- ☐ Gicht
- ☐ Schilddrüsenerkrankung

Atemwege

- ☐ Asthma / COPD

Verdauung

- ☐ Magen-/Darmerkrankung
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Bauchspeicheldrüsenerkrankung

Sonstige

- ☐ Nieren-/Blasenerkrankung
- ☐ Hauterkrankung
- ☐ Rheumatische Erkrankung
- ☐ Infektionskrankheit (Hepatitis, TBC o. ä.)
- ☐ Psychische Erkrankung (Depression)
- ☐ Krampfleiden / neurolog. Erkrankung
- ☐ Tumorerkrankung (Krebs)

Familienanamnese

Bestand bei nahen Verwandten (Großeltern/Eltern/Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen? Bitte notieren bei wem.

☐ Keine bekannt

Name, Vorname

Geburtsdatum

Allgemeine Anamnese

Größe

cm

Gewicht

kg

Letzte Check-Up-Untersuchung

Hautkrebsscreening

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja: wann, weswegen (bitte alle Operationen angeben)

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich und seit wann

Alkoholkonsum (regelmäßig / gelegentlich / nie), wenn ja wieviel

Allergien bekannt? Wenn ja, wogegen (Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges)

Regelmäßige Medikamente (Name, Dosierung, Einnahmezeitpunkt)

Impfstatus (Datum, falls bekannt)

Tetanus

Grippe

Pneumokokken

Medizinische Hilfsmittel (z. B. Rollator)? Wenn ja, welche

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift