



## Anamnesebogen für Neupatienten/-innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne  
an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

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

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

### Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt (Name und Adresse):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte):

Nein       Ja, bei einem anderen Hausarzt:

### Letzter Check-up

Allgemeinarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_  Hautarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Krebsvorsorge

beim Frauenarzt, im Jahr: \_\_\_\_\_

beim Urologen, im Jahr: \_\_\_\_\_

### Soziale Anamnese

Nicht berufstätig       Elternzeit       Rentner

Selbstständig       Beschäftigt in Vollzeit       Beschäftigt in Teilzeit

Schüler/Ausbildung       Beschäftigt im Schichtdienst

### Wohnsituation

Alleine       Mit Familie       Betreutes Wohnen       Seniorenheim

**Bekannte Allergien:**       Nein       Ja (bitte Anlage ausfüllen)

**Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte erläutern.**

---

---

---



# HAUSARZTPRAXIS

DR. MED. FRANK G. MURPHY, MA

- andere akute Beschwerden, die ich erst im Arztgespräch benennen möchte

Ich habe zurzeit keine Beschwerden  
und wünsche nur:       Vorsorge     Kontrolle     Beratung

**Ernährungsgewohnheiten:**  Mischkost  Vegetarisch  Vegan

### Rauschmittel-/Zigarettenkonsum.

- Drogen Beginn: \_\_\_\_\_
  - Alkohol Beginn: \_\_\_\_\_
  - Zigaretten/Tag: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Impfpass vorhanden:**  Nein  Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

#### **Durchgemachte schwere Erkrankungen / Chronische Erkrankungen / Operationen:**

---

---

---

---

**Medikamentenplan vorhanden? Medikamente (möglichst mit Dosierung)**

- Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
  - Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



HAUSARZTPRAXIS  
DR. MED. FRANK G. MURPHY, MA

---

---

---

---

**Pflegestufe.**  Nein  Ja: Stufe: \_\_\_\_\_

**Schwerbehinderung.**  Nein  Ja, GdB in % \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden?**  Nein  Ja

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_