



## 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.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





-----  
-----  
-----  
-----

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

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

**Patientenverfügung vorhanden?** ☐ Nein ☐ Ja

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

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