

## Anamnesebogen für Neupatienten

**Liebe Patientin, lieber Patient! Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail (optional): \_\_\_\_\_

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

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt): \_\_\_\_\_

## Chronische Erkrankungen

### Lungenerkrankung

Asthma     COPD     Lungenkrebs

Andere \_\_\_\_\_

### Hauterkrankungen

Neurodermitis     Schuppenflechte     Andere: \_\_\_\_\_

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bluthochdruck     Schlaganfall     Herzinfarkt     Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

Angeb. Herzfehler     Andere: \_\_\_\_\_

### Neurologische Erkrankungen

Epilepsie     MS     Parkinson     Demenz     Psychische Erkrankungen, wenn ja welche:

Andere: \_\_\_\_\_

### Stoffwechselerkrankungen

Diabetes Typ 1 oder Typ 2     Schilddrüsenerkrankung     Hohes Cholesterin

Andere: \_\_\_\_\_

**Rückseite bitte wenden**



## Sonstiges

- Grüner Star  Rheuma  Chr. Hepatitis  HIV  Medikamenten-/Drogenabhängigkeit
- Krebserkrankungen \_\_\_\_\_
- Leber-/Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Allergien, wenn ja welche \_\_\_\_\_
- Pflegegrad Stufe \_\_\_\_\_
- Schwerbehinderung, GdB in % \_\_\_\_\_
- Patientenverfügung vorhanden? \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_
- Größe: \_\_\_\_\_  Gewicht: \_\_\_\_\_

### Sonstige wichtige Informationen:

---

---

---

---

---

## Medikamente

| Medikament | Dosierung | morgens | mittags | abends | nachts |
|------------|-----------|---------|---------|--------|--------|
| 1.         |           |         |         |        |        |
| 2.         |           |         |         |        |        |
| 3.         |           |         |         |        |        |
| 4.         |           |         |         |        |        |
| 5.         |           |         |         |        |        |
| 6.         |           |         |         |        |        |
| 7.         |           |         |         |        |        |
| 8.         |           |         |         |        |        |
| 9.         |           |         |         |        |        |
| 10.        |           |         |         |        |        |

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters