

# Anamnesebogen



Dr. Karina Mattfeldt  
Ihre Hausarztpraxis

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, dann wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

## Persönliche Angaben:

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

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

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

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

## Bitte kreuzen Sie an:

Teilnahme am HZV-Programm: O ja / O nein

Erinnerung an Gesundheitsuntersuchungen (Check Up), Impfungen gewünscht: O ja / O nein

## Aktuelle Beschwerden:

---

---

## Vorerkrankungen:

Bitte kreuzen Sie an

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit       | <input type="checkbox"/> |
| Lungenkrankheit     | <input type="checkbox"/> |
| Krebs               | <input type="checkbox"/> |

## Familien- vorgeschichte:

Bitte kreuzen Sie an

|                     | Mutter                   | Vater                    | Großmutter               | Großvater                |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenkrankheit     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krebs               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstiges           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Bitte bisher bekannte Diagnosen auflisten:

---

---

## Nur für Patientinnen: Haben Sie Gynäkologische Beschwerden?

Bitte kreuzen Sie an

Nein

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Ja

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche:

# Anamnesebogen



Dr. Karina Mattfeldt  
Ihre Hausarztpraxis

|                                                            |                                        |                             |                       |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <b>Persönliche Lebensumstände:</b><br>Bitte kreuzen Sie an | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | Menge:<br>Wie viel pro Tag? | Beginn:<br>Seit wann? |
| Rauchen                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>    |                             |                       |
| Alkoholkonsum (regelmäßig)                                 | <input checked="" type="checkbox"/>    |                             |                       |
| Drogenkonsum (regelmäßig)                                  | <input checked="" type="checkbox"/>    |                             |                       |

|                      |                                            |                                              |                                                |
|----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Bitte kreuzen Sie an | <input checked="" type="checkbox"/> normal | <input checked="" type="checkbox"/> vermehrt | <input checked="" type="checkbox"/> vermindert |
| Wasserlassen         |                                            |                                              |                                                |
| Stuhlgang            |                                            |                                              |                                                |

|                                                                            |                                        |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| Impfpass vorhanden                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Bitte bringen Sie den Impfpass mit bzw. legen Sie diesen bitte vor. Danke. |                                        |                                          |

|                                                                                                                                                    |                           |                |                |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|----------------|---------------|
| <b>Regelmäßige Medikamenteneinnahme</b><br>Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die Sie aktuell einnehmen, und machen Sie Angaben zur Dosierung* | <b>Dosierung (mg, ml)</b> | <b>morgens</b> | <b>mittags</b> | <b>abends</b> |
|                                                                                                                                                    |                           |                |                |               |
|                                                                                                                                                    |                           |                |                |               |
|                                                                                                                                                    |                           |                |                |               |
|                                                                                                                                                    |                           |                |                |               |
|                                                                                                                                                    |                           |                |                |               |

\* Alternativ: Legen Sie bitte einen Medikamentenplan vor.

|                                           |                                        |                 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|
| <b>Sonstiges:</b><br>Bitte kreuzen Sie an | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche |
| Allergien                                 | <input checked="" type="checkbox"/>    |                 |
| Seelische Beschwerden                     | <input checked="" type="checkbox"/>    |                 |
| Operationen                               | <input checked="" type="checkbox"/>    |                 |

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Niederkassel, den | Unterschrift |
|-------------------|--------------|