

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo  
— hier —

## Anamnese

### Patient

Männlich  Weiblich  Divers

Titel: \_\_\_\_\_

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

Über wen ist der Patient  
versichert? \_\_\_\_\_

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

In welchem Verhältnis  
stehen Sie zum Patient? \_\_\_\_\_

### Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

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

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

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

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

### Versicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Gesetzlich versichert  Privat versichert

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  Basistarif

Tarif: \_\_\_\_\_

Gesetzlich pflichtversichert

Gesetzlich freiwillig versichert

### Allgemeine Angaben

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

Ja  Nein

Haben Sie einen Hausarzt?

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Größe (in cm): \_\_\_\_\_

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

BMI: \_\_\_\_\_

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo  
— hier —

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch in unserer Praxis?

- Akute Beschwerden / Schmerzen  Vorsorgeuntersuchung / Check-up  Routinekontrolle / Nachkontrolle  
 Sonstige Gründe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Gesundheitliche Angaben

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Ja  Nein

Welcher Typ?

- Typ 1  Typ 2

HbA1c Wert: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma?

Ja  Nein

Welche Atemwegserkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nervenerkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, ADHS)?

Ja  Nein

Welche Nervenerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Ja  Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung?

Ja  Nein

Welche Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Lebererkrankung?

Ja  Nein

Welche Lebererkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

Ja  Nein

Welche Schilddrüsenerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Grünen Star (Glaukom)?

Ja  Nein

Haben Sie eine Tumorerkrankung oder erhalten Sie eine Chemo- / Strahlentherapie?

Ja  Nein

Welche Tumorerkrankung und Therapieform? \_\_\_\_\_

Haben Sie zurzeit eine Infektion (z.B. Erkältung, Magen-Darm-Infektion)?

Ja  Nein

### Herzerkrankungen

Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt, Rhythmusstörung)?

Ja  Nein

Welche Herzerkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie Bluthochdruck?

Ja  Nein

Hatten Sie eine Herzoperation?

Ja  Nein

Welche Herzoperation und wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Ja  Nein

Haben Sie sonstige Herzerkrankungen?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

# Ihr Praxis Logo

— hier —

## Infektionskrankheiten

Haben Sie Hepatitis?

Ja  Nein

Welche?

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  Hepatitis D  Hepatitis E

Ausgeheilt?

Ja  Nein

Haben Sie eine HIV-Infektion / Stadium AIDS?

Ja  Nein

Ist die Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze für HIV-Infektionen?

Ja  Nein

Haben Sie Tuberkulose?

Ja  Nein

Haben Sie Krankenhauseime (z.B. MRSA, VRE)?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Creutzfeldt-Jakob (CJL) Variante?

Ja  Nein

Haben Sie sonstige Infektionskrankheiten?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## Urologische Vorgeschichte

Haben Sie Erkrankungen der Harnblase oder wiederkehrende Blasenentzündungen?

Ja  Nein

Welche Erkrankungen und wie häufig?

Hatten Sie urologische Operationen?

Ja  Nein

Welche urologischen Operationen hatten Sie und wann?

Sind bei Ihnen Prostataerkrankungen bekannt?

Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Sexualität / Fruchtbarkeit?

Ja  Nein

Besteht in Ihrer Familie eine Vorgeschichte von Nieren- / Blasen- oder Prostatakrebs?

Ja  Nein

## Weitere gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie längere Blutungszeit nach Verletzungen?

Ja  Nein

Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

Welche Allergien? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja  Nein

Haben Sie andere nicht aufgeführte Krankheiten?

Ja  Nein

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Ihr Praxis-Name hier  
Praxisstraße 1, 12345 Berlin  
+49 111 000 0000  
email@praxis.com  
www.praxis-webseite.com

Ihr Praxis Logo  
— hier —

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?  Ja  Nein

Welche Substanzen und wie oft? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein

Welche Sportart betreiben Sie? \_\_\_\_\_

Wie häufig pro Woche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger / Könnten Sie schwanger sein?  Ja  Nein

In welchem Monat? \_\_\_\_\_

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen oder haben Sie Fragen?  
\_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung  Google  Facebook  Instagram  Jameda  
 Online Terminbuchung (z.B. via Doctolib oder Dr. Flex)  Zeitschrift  Posteinwurfsendung  Außenwerbung

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: 