

## 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? \_\_\_\_\_

### Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

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

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

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

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

### Versicherter (Falls abweichend vom Patienten)

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

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

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

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

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

### Versicherung

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

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

☐ Gesetzlich pflichtversichert

☐ Gesetzlich freiwillig versichert

☐ Haben Sie eine Zusatzversicherung?

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

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

### Allgemeine Angaben

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

Haben Sie einen Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

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

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

Größe (in cm): \_\_\_\_\_

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

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

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis?

- ☐ Akute Beschwerden / Schmerzen ☐ Erstuntersuchung Neupatient/in ☐ Routinekontrolle / Nachkontrolle  
☐ Befundbesprechung ☐ Arbeitsunfall ☐ Sonstige Besuchsgründe

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? \_\_\_\_\_

### 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 Krankenhauskeime (z.B. MRSA, VRE)?

☐ Ja ☐ Nein

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

Haben Sie eine Creutzfeldt-Jakob (CJK) Variante?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sonstige Infektionskrankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

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

### Orthopädische Vorgeschichte

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?

☐ Ja ☐ Nein

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

Wurden Sie schon einmal am Bewegungsapparat operiert?

☐ Ja ☐ Nein

Was wurde operiert und wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine rheumatische oder entzündliche Gelenkerkrankung (z. B. Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)?

☐ Ja ☐ Nein

Welche rheumatischen Erkrankungen haben Sie?

Besteht Osteoporose oder eine Knochenkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Implantate am Bewegungsapparat (z. B. Gelenkprothesen, Schrauben, Platten)?

☐ Ja ☐ Nein

Wo haben Sie das Implantat? \_\_\_\_\_

### 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?

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

Ihr Praxis Logo  
— hier —

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

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: \_\_\_\_\_