

# Patientenanamnese



DR · WINTER

Praxis für Allgemeinmedizin

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

📍 Kefersteinstraße 5, 21335 Lüneburg

☎ 04131 / 43449

✉ praxis@hausarzt-lueneburg.de

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

Straße: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bei minderjährigen, privat-versicherten Patienten

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

dessen Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Haben sie einen Pflegegrad

☐ Nein      ☐ Ja

Wenn ja, welchen \_\_\_\_\_

Haben sie einen Pflegedienst?

☐ Nein      ☐ Ja

Wenn ja, welchen: \_\_\_\_\_

Haben sie ein Hilfsmittel  
wie Rollator oder Stock?

☐ Nein      ☐ Ja

Haben sie eine Schwerbehinderung?

Nein ☐      Ja ☐

Wenn ja, wie viel Prozent \_\_\_\_\_

Gibt es einen Betreuer / Vorsorgebevollmächtigten? \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:

☐ keinen      ☐ regelmäßig      ☐ täglich      ☐ selten

Rauchen:

☐ nein      ☐ ja      wie viele Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_



Andere Mittel:

☐ Anabolika      ☐ Aufputschmittel      ☐ Drogen

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?:

☐ Nein      ☐ Ja, welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie bisher an einem DMP (Disease-Management-Programm) teilgenommen?

☐ Nein      ☐ Ja:      ☐ Asthma      ☐ COPD      ☐ KHK      ☐ Diabetes Mellitus

Werden Sie von anderen Fachärzten mit behandelt? Welche und weshalb?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

Hier listen sie die wichtigsten und größten OP's auf:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien?:

☐ Nein      ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Bitte legen sie Ihren Bundeinheitlichen Medikamentenplan vor:

☐ Nein      ☐ Ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie an der hausarztzentrierten Versorgung teil?

☐ Nein      ☐ Ja:

Wir bieten HZV-Verträge der AOK-Niedersachsen, DAK und Barmer an.  
Sprechen Sie uns gerne an



Liegen schwerwiegende Erkrankungen in ihrer Familie vor (z. B. Herzinfarkt oder Krebs)?

---

---

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

☐ Nein      ☐ Ja, wann zuletzt?: \_\_\_\_\_

Hatten sie schon eine Krebsvorsorge?:

☐ Nein      ☐ Ja, wann?      ☐ Hautkrebs: \_\_\_\_\_

☐ Brustkrebs: \_\_\_\_\_

☐ Darmkrebs: \_\_\_\_\_

☐ Gynäkologische Vorsorge: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie Ihren Impfausweis vor!

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Dr. med.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

Bitte fordern Sie die Patientenakte bei Ihrem vorherigen Hausarzt/ Facharzt an  
und geben sie am Empfang ab.



DR · WINTER  
Praxis für Allgemeinmedizin

