



Liebe Patientin/ lieber Patient,  
um Sie individueller behandeln zu können, bitten wir Sie darum, diesen Anamnesebogen auszufüllen.  
Sie können diesen bereits vor Ihrem ersten Termin ausdrucken und ausgefüllt mitbringen.

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

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

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

Größe: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Willigen Sie einer Kontaktaufnahme  
und einer Übermittlung von Befunden per E-mail ein?

 Ja Nein

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass bei Kontakt per E-mail die Datenübertragung im Internet Sicherheitslücken aufweisen kann.  
Ein sicherer Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist in diesem Fall leider nicht möglich.  
Sollten einen Kontakt per E-Mail wünschen, erfolgt die Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer freiwillig erteilten Einwilligung  
gemäß Artikel 6 Abs 1 Satz 1 lit a DSGVO.

Name und Telefonnummer eines nahen Angehörigen:

Darf diese Person Auskunft über Themen, welche Ihre Gesundheit betreffen,  
erhalten und ggf. Rezepte/Formulare o. Ä. für Sie mitnehmen?

 Ja Nein

Haben Sie mit einem anderen Hausarzt einen  
Hausarztvertrag (HZV) abgeschlossen?

 Ja Nein

Sind bei Ihnen chronische Krankheiten bekannt? Wenn Ja - Welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja - Welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie chronische Krankheiten bekannt? Wenn Ja - Welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja

Nein

Sind Sie operiert worden? Hatten Sie Unfälle?

Ja

Nein

Sind Allergien bei Ihnen bekannt?

Ja

Nein

Wenn Ja - Welche?

---

Rauchen Sie bzw. haben Sie geraucht?

Ja

Nein

Ja, habe geraucht bis: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

Ja

Nein

Nehmen Sie Drogen?

Ja

Nein

Wann waren Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen?

Gesundheits-Check (Personen > 18 Jahre)

---

Hautkrebsvorsorge (Personen > 35 Jahre)

---

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinomes  
(Personen > 50 Jahre)

---

IFOBT Test (Personen > 50 Jahre)

---

Aufklärung Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysma  
(Männer > 65 Jahre)

---

Wann wurden bei Ihnen folgende Impfungen durchgeführt?

FSME

---

Tetanus

---

Diphtherie

---

Keuchhusten

---

Gürtelrose

---

Pneumokokken

---

MMR

---

Weitere Impfungen

---

Wann sind Sie zuletzt durch einen Arzt über das Thema  
Organ- und Gewebespenden gem. § 2 Abs. 1a TPG aufgeklärt worden?

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---