



# JAGSTTALPRAXIS

Internistische Hausarztpraxis  
Praxis für Diabetologie und Ernährungsmedizin

Untere Brunnengasse 9, 74861 Neudenau, Tel.: 06264-272, Fax: 539  
[info@jagsttalpraxis.de](mailto:info@jagsttalpraxis.de) [www.jagsttalpraxis.de](http://www.jagsttalpraxis.de)

## ANAMNESE-BOGEN

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte.

Diese Informationen erfassen wir in diesem ausführlichen Anamnesebogen.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

**Patient:**

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

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

Geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort/ Land: \_\_\_\_\_

Weiblich: \_\_\_\_\_ Männlich: \_\_\_\_\_

**Ihre Gewohnheiten**

Rauchen Sie?	Ja	Nein	Wieviel _____	Seit wann _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Ja	Nein	Wie oft? _____	Welchen _____
Haben Sie viel Stress?	Ja	Nein	Welchen? _____	
Treiben Sie Sport?	Ja	Nein	Welchen und wieviel _____	
Essen Sie frisches Gemüse?	Ja	Nein	Selten	Häufig
Essen Sie Fleisch und Wurst?	Ja	Nein	Selten	häufig
Schlafen Sie ausreichend?	Ja	Nein	Wieviel Stunden pro Nacht?	_____

**Haben Sie Beschwerden mit**

Kopf/Hals Schilddrüse/ Zähnen?	Ja	Nein	Welche: _____
Herz/Kreislaufsystem?	Ja	Nein	Welche: _____
Lunge / Atemwege?	Ja	Nein	Welche: _____
Nieren/ Harnsystem/ Genital/ Sexualität?	Ja	Nein	Welche: _____
Nerven/ Knochen/ Muskeln/ Gelenke?	Ja	Nein	Welche: _____
Haut?	Ja	Nein	Welche: _____

Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie?: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Impfausweis?      Ja      Nein

(Bitte beim nächsten Mal, spätestens zum nächsten Checkup mitbringen, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus)

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt: \_\_\_\_\_

Weswegen: \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Check Up?: \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie und Name und Adresse des vorherigen Hausarztes:

.....

.....

Waren Sie dort im Hausarztprogramm eingeschrieben? 0 ja      0 nein    wenn ja, seit wann?.....

Waren Sie in ein DMP- oder Curaplan-Programm eingeschrieben?      0 ja      0 nein

wenn ja, Welches

Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft am Tag

(Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bitte mitbringen)

Name	Morgens	Mittags	Abends

Nennen Sie bitte Krankenhausaufenthalte, Operationen

	Wann

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte

0      Per Telefon unter folgender Nummer: \_\_\_\_\_

0      Per email unter folgender E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

0      Per Post unter folgender Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift:\_\_\_\_\_

*Vielen Dank!*