



Praxis Dr. Hartter & Dr. Rabaioli

internistisch-hausärztlich

Anamnesebogen

Bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen. Ihre Angaben helfen uns bei einer sicheren Behandlung.

1. Persönliche Angaben				
Name		Vorname		
Geburtsdatum		Telefon / Mobil		
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort		
E-Mail		Krankenkasse		
Versichert	☐ gesetzlich ☐ privat ☐ sonst.		Hausarzt bisher	

2. Soziale Anamnese	
Familienstand	☐ ledig ☐ Partnerschaft ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ sonst.: _____
Kinder	☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____
Sport / Freizeit	☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig Art/Umfang: _____

3. Wichtige Vorerkrankungen		
☐ keine bekannt	☐ Bluthochdruck	☐ Diabetes mellitus
☐ Herzerkrankung	☐ Schlaganfall/TIA	☐ Asthma/COPD
☐ Schilddrüsenerkrankung	☐ Nierenerkrankung	☐ Leber-/Magen-Darm-Erkrankung
☐ Rheuma/Autoimmunerkrankung	☐ Krebserkrankung	☐ Thrombose/Embolie
☐ Gerinnungsstörung	☐ Psychische Erkrankung	☐ Neurologische Erkrankung
Sonstige Erkrankungen / wichtige Befunde:		

4. Medikamente, Allergien und Unverträglichkeiten				
Medikament / Wirkstoff	Dosis	morgens	mittags	abends / bei Bedarf
Allergien	☐ keine bekannt ☐ ja, gegen: _____			
Unverträglichkeiten	☐ keine bekannt ☐ ja, gegen: _____			

5. Operationen, Krankenhausaufenthalte, Implantate		
Jahr	Operation / Krankenhausaufenthalt / Implantat	Komplikationen / Bemerkungen

6. Familienanamnese		
☐ keine besonderen Erkrankungen bekannt	☐ Bluthochdruck	☐ Diabetes mellitus
☐ Herzkranzgefäße / Herzinfarkt	☐ Herzerkrankungen	☐ Schlaganfall
☐ Krebserkrankungen	☐ Thrombosen / Gerinnung	☐ Psychische Erkrankungen
Betroffene Angehörige / Alter / Besonderheiten:		

7. Lebensstil und Risikofaktoren			
Rauchen	☐ nein ☐ früher ☐ ja: ____/Tag	Alkohol	☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig
Ernährung	☐ gemischt ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Besonderheiten	Schlaf / Stress	☐ unauffällig ☐ belastet: ____
Größe	____ cm	Gewicht	____ kg
Pflegegrad / GdB	☐ nein ☐ ja: ____	Patientenverfügung	☐ nein ☐ ja
Vorsorgevollmacht	☐ nein ☐ ja	Sonstiges	_____

8. Impfungen, Vorsorge und besondere Angaben	
Impfpass	☐ dabei ☐ nicht dabei ☐ unbekannt
Letzte Tetanusimpfung	Jahr: ____ ☐ unbekannt
Vorsorgeuntersuchungen	☐ Check-up 35 ☐ Hautkrebsscreening ☐ Darmkrebsvorsorge
Besondere Angaben	Was sollte die Praxis zusätzlich wissen? _____

9. Kommunikation, Datenschutz und Einwilligung	
Kontaktaufnahme durch die Praxis: ☐ Telefon ☐ SMS ☐ E-Mail ☐ Post	
Befunde / Informationen dürfen weitergegeben werden an: _____	
☐ Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Behandlung und Praxisorganisation einverstanden. Die Datenschutzinformation der Praxis habe ich erhalten bzw. kann sie einsehen.	
Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen richtig und vollständig sind. Änderungen teile ich der Praxis mit.	

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in	ggf. gesetzliche Vertretung

Vielen Dank. Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Rezeption ab.