



Anamnesebogen – Internistische Hausarztpraxis Vitamor

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Körpergröße (cm): _____

Gewicht (kg): _____

Medizinische Vorgeschichte

1. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, COPD, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma, Krebserkrankung, Depression, etc.)

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

2. Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann: _____



3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- schreiben Sie bitte alle Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen, inklusive Präparatename, Dosis und Einnahmehäufigkeit. Beispiel: „Aspirin 100 mg täglich, Lisinopril 10 mg morgens“

Ja Nein

Wenn ja, Name, Dosis, Einnahmehäufigkeit: _____

4. Haben Sie bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel, Latex)?

- geben Sie bitte an, gegen welche Substanzen oder Medikamente Sie allergisch sind oder Unverträglichkeiten haben. Beispiele: „Penicillin (Hautausschlag), Milch (Blähungen), Latex (Hautausschlag)“

Ja Nein

Wenn ja, Gegen was? Art der Reaktion: _____

5. Besitzen Sie einen Impfausweis?

Ja Nein

- bringen Sie bitte Ihren aktuellen Impfausweis mit, damit wir Ihre Impfungen prüfen können.

6. Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja: Zigaretten E-Zigarette Pfeife Shisha Wie viele pro Tag? _____

7. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Bitte angeben, wie oft und wie viel Sie ungefähr trinken. Beispiel: „1–2 Gläser Wein pro Woche“ oder „Täglich 1 Bier“

Ja Nein

Wenn ja, Menge / Häufigkeit: _____



8. Körperliche Aktivität:

- beschreiben Sie bitte Art, Dauer und Häufigkeit der körperlichen Aktivität.

Beispiel: „Joggen 3x pro Woche je 30 Minuten“ oder „Spaziergänge täglich 20 Minuten“

Ja Nein

Wenn ja, Art / Dauer / Häufigkeit: _____

Familiäre Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie an, welche Erkrankungen in Ihrer Familie vorkommen:

Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
 Krebserkrankungen Psychische Erkrankungen Sonstige: _____

Behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Wer war Ihr bisheriger Hausarzt / Ihre bisherige Hausärztin? _____

Sind Sie aktuell bei weiteren Ärzt:innen in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem / wegen welcher Erkrankung: _____

Sind Sie in einem DMP-Programm oder in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben? Ja Nein Weiß ich nicht

Vorsorgeuntersuchungen

Untersuchung:	Jahr:
Gesundheits-Check-up	
Krebsvorsorge	
Hautkrebsscreening	
Zahnvorsorge	
Augenuntersuchung	

Fachärztin für Innere Medizin – Angela Morikj
Waltgerstraße 46 · 36124 Eichenzell-Welkers
Tel.: 06659 9684945 · E-Mail: info@praxis-vitamor.de



**Internistische Hausarztpraxis
Vitamor**

Sonstige wichtige Informationen

Ort / Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____