

Anamnesebogen

Hausarztpraxis Dr.Yar

Schön, dass Sie da sind!

Wir nehmen uns Zeit für Ihre Gesundheit.

Herzlich willkommen in der **Hausarztpraxis Dr. Yar**. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben sind wichtig für eine sichere, individuelle und umfassende medizinische Behandlung. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

- **Name, Vorname:** _____
 - **Geburtsdatum:** _____ **Alter:** _____
 - **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe
 - **Adresse:** _____
 - **Telefon:** _____
 - **E-Mail:** _____
 - **Krankenkasse:** _____
 - **Versichertennummer:** _____
-

Anlass des heutigen Besuchs

- **Was führt Sie heute zu uns?**

 - **Seit wann bestehen die Beschwerden?** _____
 - **Gab es einen Auslöser?** ☐ ja ☐ nein Wenn ja: _____
-

Aktuelle Erkrankungen

(Bitte ankreuzen, falls zutreffend)

- ☐ Bluthochdruck
 - ☐ Diabetes
 - ☐ Herz- oder Gefäßerkrankungen
 - ☐ Asthma / COPD
 - ☐ Schilddrüsenerkrankung
 - ☐ Magen-/Darmerkrankungen
 - ☐ Nieren- oder Lebererkrankungen
 - ☐ Psychische Erkrankungen
 - ☐ Krebserkrankung
 - ☐ Sonstige: _____
-
-

Frühere Erkrankungen & Operationen

- **Wichtige frühere Erkrankungen (mit Jahresangabe):**

- **Operationen / Krankenhausaufenthalte:**

- **Operationen / Krankenhausaufenthalte:**

Medikamente

Bitte geben Sie alle regelmäßig oder bei Bedarf eingenommenen Medikamente an.

Medikament	Stärke / Dosierung	Wie oft?
------------	--------------------	----------

☐ Ich nehme aktuell keine Medikamente ein

Allergien & Unverträglichkeiten

- ☐ Keine bekannt
 - ☐ Medikamente: _____
 - ☐ Nahrungsmittel: _____
 - ☐ Sonstige (z. B. Pollen, Tierhaare, Latex): _____
-

Impfstatus (soweit bekannt)

- **Tetanus:** ☐ aktuell ☐ nicht aktuell ☐ unbekannt
 - **Influenza (Grippe):** ☐ ja ☐ nein
 - **COVID-19:** ☐ vollständig ☐ teilweise ☐ nein
 - **Weitere Impfungen:** _____
-

Familienanamnese

Sind folgende Erkrankungen bei nahen Angehörigen aufgetreten?

- ☐ Herz-/Gefäßerkrankungen
 - ☐ Diabetes
 - ☐ Schlaganfall
 - ☐ Krebserkrankungen
 - ☐ Psychische Erkrankungen
 - ☐ Sonstige: _____
-

Lebensstil

- **Beruf:** _____
 - **Rauchen:** ☐ nein ☐ ja, _____ Zigaretten/Tag
 - **Alkohol:** ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
 - **Körperliche Aktivität:** ☐ wenig ☐ regelmäßig ☐ viel
-

Für Patientinnen

- **Schwangerschaft:** ☐ nein ☐ ja ☐ unklar
 - **Letzte Regelblutung:** _____
-

Sonstige Hinweise oder Wünsche

Datenschutzinformation gemäß Art. 13 DSGVO

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO zum Zweck der medizinischen Versorgung sowie gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Die Daten werden ausschließlich durch die Hausarztpraxis Dr. Yar verarbeitet und nur an Dritte (z. B. Krankenkassen, Labore, mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte) weitergegeben, soweit dies gesetzlich zulässig oder für die Behandlung erforderlich ist.

Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Zudem besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Einwilligung & Unterschrift

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen teile ich dem Praxispersonal unverzüglich mit.

Ort, Datum: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der medizinischen Behandlung gemäß der Datenschutzinformation einverstanden.

Unterschrift Patient:in: _____