

# Anamnesebogen Hausarzt



**HAUSARZTPRAXIS  
BILLSTEDT**

Dr. Hamoudeh &  
Kollegen

Hausarztpraxis Billstedt  
Dr. Hamoudeh & Kollegen  
Billstedter Hauptstraße 35  
22111 Hamburg

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitte wir Sie den folgenden Fragebogen  
auszufüllen.

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Rauchen Sie und wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol und wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- | Ja                    | Nein                  |                                 |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gesundheitsuntersuchung         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krebsfrüherkennungsuntersuchung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hautkrebsuntersuchung           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Darmspiegelung                  |

## Sozialanamnese

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

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

Sport: \_\_\_\_\_

## Eigenanamnese

- | Ja                    | Nein                  |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zuckererkrankung / Diabetes mellitus                          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fettstoffwechselstörung / erhöhtes Cholesterin                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krebserkrankungen   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Chronische Infektionskrankheiten                              |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutgerinnungsstörungen / Bluterkrankungen                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, TBC)       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thrombose oder Lungenembolie                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Augenerkrankungen (grüner oder grauer Star)                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Psychische Erkrankungen (Depression/ Psychosen)               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Operationen/ Unfälle: _____                                   |

## Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- | Ja                    | Nein                  |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzkranzgefäßerkrankung / Herzinfarkt            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall                                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thrombose oder Lungenembolie                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) |

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

| Medikament | morgens | mittags | abends |
|------------|---------|---------|--------|
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |

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