

## 1. Persönliche Daten

- **Name, Vorname:**
- **Geburtsdatum:**
- **Anschrift (Straße, PLZ, Ort):**
- **Telefon (privat):**
- **Telefon (mobil):**
- **E-Mail-Adresse:**

*(Mit Ihrer Unterschrift am Ende erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie bei Bedarf auch per E-Mail oder Mobiltelefon kontaktieren dürfen.)*

---

## 3. Bisheriger Hausarzt / Mitbehandelnde Ärzte

### 1. Bisheriger Hausarzt / Hausärztin

- Name / Praxis:
- Ort:

### 2. Regelmäßig mitbehandelnde Fachärzte (z. B. Kardiologe, Orthopäde, Gynäkologe etc.)

- Fachrichtung – Name / Praxis – Ort

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
- 

## 4. Allgemeine Anamnese

1. **Gibt es aktuelle Beschwerden?**  ja  nein
- 
- 

### 2. Bestehen bekannte Vorerkrankungen?

- Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)
- Diabetes mellitus (Typ I / Typ II)
- Fettstoffwechselstörung (z. B. Hypercholesterinämie)
- Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Chronische Schmerzsyndrome

- Rheumatische Erkrankungen
- Krebserkrankungen (Art, Jahr): \_\_\_\_\_
- Psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Angststörungen)

Sonstige relevante Erkrankungen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 3. Frühere Operationen / Krankenhausaufenthalte

- Jahr – Art der OP / Diagnose
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_

### 4. Familienanamnese (z. B. Herzerkrankungen, Krebs, Diabetes in der Familie):

---



---

## 5. Spezielle Anamnese – Gastroenterologie & Kardiologie

### 1. Bisherige endoskopische Untersuchungen

- Magenspiegelung (ÖGD)  Ja, Wann? \_\_\_\_\_ / Wo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - Befund: \_\_\_\_\_
- Darmspiegelung (Koloskopie)  Ja, Wann? \_\_\_\_\_ / Wo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - Befund: \_\_\_\_\_

### 2. Kardiologische Vorerkrankungen

- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Herzinfarkt (wann?): \_\_\_\_\_
- Herzrhythmusstörungen (Art: \_\_\_\_\_)
- Herzklappenfehler (welcher?): \_\_\_\_\_
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)

- Bluthochdruck (falls nicht oben angekreuzt)
- Implantierte Geräte (Schrittmacher / Defibrillator)
- Regelmäßige kardiologische Kontrolle bei: \_\_\_\_\_

## 6. Aktuelle Medikation

Bitte geben Sie alle **derzeit eingenommenen** Medikamente an (inkl. Dosierung und Einnahmezeitpunkt).

*(Falls Sie einen Medikamentenplan haben, können Sie diesen beifügen oder vorlegen.)*

Medikament (Handelsname / Wirkstoff)	Dosierung (mg)	Einnahmehäufigkeit	Grund / Indikation
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

## 7. Allergien / Unverträglichkeiten

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 8. Größe und Gewicht

## 9. Gesundheits- und Lebensstil

- **Rauchen:**
  - Nie geraucht
  - Aktiver Raucher – Menge / Tag: \_\_\_\_\_
  - Ex-Raucher – aufgehört seit: \_\_\_\_\_
- **Alkohol:**
  - Nein

Gelegentlich – Menge / Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Regelmäßig – Menge / Häufigkeit: \_\_\_\_\_

• **Bewegung / Sport:**

Wenig / kaum

1–2x pro Woche

>2x pro Woche / intensiv

---

## 10. Sozialanamnese

• **Beruf / Tätigkeit:**

• **Rentner / Pensionär seit:** \_\_\_\_\_

• **Alleinlebend oder in Gemeinschaft:** \_\_\_\_\_

• **Anzahl Kinder (wenn relevant):** \_\_\_\_\_

*(Optional: Informationen zur Pflege / Hilfebedarf, Betreuungs- oder Vorsorgevollmacht etc.)*

---

## 11. Einwilligung und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

1. alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.
2. ich der Praxis **Internisten am Berg** erlaube, mich bei Bedarf per **Telefon (auch mobil)** oder **E-Mail** zu kontaktieren.
3. ich die Datenschutzerklärung der Praxis gelesen und verstanden habe.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/Patientin:** \_\_\_\_\_

---

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!** Bitte geben Sie diesen Bogen ausgefüllt an unsere Anmeldung zurück.

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.