

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.