

Anamnesebogen für die allgemeinmedizinische Praxis
Dr. med. Minou Agah-Steinebach & Dr. med. Leila Agah

Persönliche Angaben

- **Name:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Geschlecht:** ☐ m ☐ w ☐ divers
- **Größe:** _____ **Gewicht:** _____
- **Adresse:** _____
- **Telefon:** _____
- **E-Mail:** _____
- **Krankenkasse:** _____

Allgemeine Gesundheit

- **Was ist der Grund Ihres heutigen Besuchs?**

- **Haben Sie aktuell Schmerzen?** ☐ Ja ☐ Nein **Wenn ja, wo?**

- **Stärke der Schmerzen (0–10):** _____
- **Bestehen bekannte Vorerkrankungen?** ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

- **Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?** ☐ Nein ☐ Ja, folgende (inkl. Dosierung):

- **Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?** ☐ Nein ☐ Ja, gegen:

Krankheiten / Vorerkrankungen (bitte ankreuzen)

- **Bluthochdruck:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Diabetes:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Asthma / COPD:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Herzinfarkt / Herzkrankheit:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Schlaganfall:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Schilddrüsenerkrankung:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Tumorerkrankung:** ☐ Ja ☐ Nein (Lokalisation: _____)
- **Psychische Erkrankungen:** ☐ Ja ☐ Nein

Anamnesebogen für die allgemeinmedizinische Praxis
Dr. med. Minou Agah-Steinebach & Dr. med. Leila Agah

- **Andere:** _____

Familiäre Vorerkrankungen (Eltern, Geschwister)

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Diabetes mellitus:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Tumorerkrankungen:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Psychische Erkrankungen:** ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar
- **Andere:** _____

Lebensgewohnheiten

- **Rauchen Sie?** ☐ Nein ☐ Ja: ____ Zigaretten/Tag seit ____ Jahren
☐ Ehemaliger Raucher
- **Alkoholkonsum:** ☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig: ____ Einheiten/Woche
- **Bewegung/Sport:** ☐ Kaum ☐ 1–2x/Woche ☐ Regelmäßig: _____
- **Ernährung:** ☐ Ausgewogen ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Andere: _____

Für Frauen (falls zutreffend)

- **Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen?**
☐ Ja ☐ Nein ☐ Unklar

Letzte Regelblutung: _____

Vorherige Behandlungen / Krankenhausaufenthalte

- **Bitte nennen Sie frühere relevante Behandlungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte:**

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Anamnesebogen für die allgemeinmedizinische Praxis
Dr. med. Minou Agah-Steinebach & Dr. med. Leila Agah

Datum / Unterschrift