

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

**Persönliche Angaben**

- **Name:** \_\_\_\_\_
- **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_
- **Geschlecht:**  m  w  divers
- **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
- **Andere:** \_\_\_\_\_

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

**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.**

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