

## Landarztpraxis im Heidekreis

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen diesen Fragebogen ausgehändigt, weil Sie als neuer Patient in unsere Praxis kommen. Die Gründe hierfür können unterschiedlich sein: Vielleicht Sie sind gerade zugezogen oder es bestand für Sie bisher nicht die Notwendigkeit einer kontinuierlich hausärztlichen Betreuung.

Der häufigste Grund hier in unserem Einzugsgebiet ist jedoch, dass Ihr bisheriger Hausarzt / Hausärztin aufgehört hat zu praktizieren.

Gerne bieten wir Ihnen als neuer Patient / Patientin unsere hausärztliche Versorgung an, es entspricht unserem beruflichem Selbstverständnis, die hausärztliche Versorgung hier auf dem Land aufrecht zu erhalten.

Als neuen Patient / Patientin in unserer Praxis bitten wir sie nun, den beiliegenden Fragebogen vor ihrem Aufnahmegespräch auszufüllen und mitzubringen.

### **Wichtig:**

**Auch wenn Sie uns schon die Behandlungsunterlagen Ihres bisherigen Hausarztes mitgebracht haben, füllen Sie bitte den Fragebogen aus.** Der Grund hierfür ist, dass in der Regel diese Unterlagen sehr viele wichtige Informationen über Ihre medizinische Vorgeschichte enthalten, die sich zudem häufig über Jahrzehnte erstreckt. Das Lesen aller Details und die Übernahme der bisherigen Diagnosen dauert für jeden Patient ca. 2-3 Stunden. Diese Zeit steht uns jedoch aufgrund des zunehmenden Patientenaufkommens aktuell nicht zur Verfügung.

Um Ihnen als neuer Patient /Patientin die bestmögliche Kontinuität in der hausärztlichen Versorgung zu bieten, ist es nun notwendig, die von Ihnen mitgebrachten Behandlungsunterlagen anhand Ihrer Antworten im beiliegenden Fragebogen zu strukturieren. Wesentliche Erkrankungen treten hierdurch in den Vordergrund.

Bitte füllen sie den beiliegenden Fragebogen vollständig aus.

Da auch neue Hausbesuchspatienten durch ein Arztgespräch aufgenommen werden, bitten wir im Vorfeld, soweit der Fragebogen nicht durch den Patienten / Patientin selbst ausgefüllt werden kann, um Unterstützung des Patienten durch eine Vertrauensperson.

*Hinweis: Unseren angestammten Hausbesuchsbereich können wir derzeit aus Kapazitätsgründen geografisch nicht vergrößern. Unser Hausbesuchsbereich erstreckt sich um Rethem bis Hülsen, Klein Häuslingen Ortsende(!), Nordkampen, Schneeheide, Eilte, Bierde, Lichtenhorst-Stern und Anderten. Nur in diesem Bereich werden von uns im Bedarfsfall Hausbesuche durchgeführt !*

Ihr Praxisteam

# Anamnesebogen

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ m      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Pflegestufe (alte Bezeichnung): \_\_\_\_\_ oder      Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Anerkannter Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_

Name und Adresse des vorherigen Hausarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente:

(Bitte aktuelle Plan beilegen oder hier Namen und Dosierung eintragen)

Medikamente die ich regelmäßig einnehme:

Name?	z.B. Aspirin	Dosis ?	z.B. 100 mg	Wann ?	(z. B.: 1-0-0)

Medikamente die ich nur bei Bedarf einnehme:

Name?	z.B. Aspirin	Dosis ?	z.B. 100 mg	Wann ?	(z. B.: 1-0-0)

Frei verkäufliche Präparate/Medikamente die ich einnehme:					
Name?	z.B. Aspirin	Dosis ?	z.B. 100 mg	Wann ?	(z. B.: 1-0-0)

Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?

Nein       Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien?

Nein       Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten sie ein Krebsleiden?

Nein       Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? (Bitte ggf. auch Eingriffe in der Jugend, wie z.B. Mandel-Op, „Blinddarm“-Op angeben )

Nein       Ja, folgende Eingriffe: \_\_\_\_\_

Hatten Sie andere Krankenhausaufenthalte, ohne Operationen ?

Nein       Ja, wegen: \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand eine regelmäßige ambulante fachärztliche Behandlung:

Nein       Ja, bei: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Nein       Ja

Alkoholkonsum?

Nein       Ja

Erkrankungen des Herzen

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

Herzinfarkt  Ja

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)  Ja

Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)  Ja

Herzklappenerkrankung oder -fehler  Ja

Nein, keine der Genannten.

Sind sie am Herzen operiert worden?

Nein  Ja

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

Nein  Ja

Hat man bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?

Nein  Ja

Falls ja, wurden bei Ihnen Stents gesetzt?  Nein  Ja

**Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgenden Beschwerden:**

Geschwollene Beine

Nein  Ja

Wasser in der Lunge oder in den Beinen

Nein  Ja

Schmerzen, Druck oder Engegefühl in der Brust nur bei Anstrengungen

Nein  Ja

Schmerzen, Druck oder Engegefühl in der der Brust auch ohne Anstrengungen

Nein  Ja

Nein, keine der genannten Beschwerden.

Können Sie mit dem Oberkörper flach liegen und schlafen?

Ja  Nein

Können sie ohne Pause über 2 Stockwerke Treppen steigen ohne größere Luftnot zu bekommen?

Ja  Nein

Würden sie hierbei Schmerzen, Druck oder ein Engegefühl in der Brust bekommen?

Nein  Ja

**Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems**

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Bluthochdruck

Nein  Ja

Durchblutungsstörungen, Verschlusskrankheit( pAVK )

Ja  Nein, keine der Genannten.

Erkrankung der Blutgefäße selbst, wie:

- Atherosklerose = Gefäßwandablagerungen („Verkalkung“)  Ja
- Stenose = Verengung von Blutgefäßen  Ja
- Aneurysma = Aussackung oder Erweiterung von Blutgefäßen  Ja
- Varizen = Krampfadern  Ja
- Nein, keine der Genannten.

### Erkrankungen der Lunge

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

- Asthma bronchiale  Ja
- Chronische Bronchitis (COPD)  Ja
- Benötigen sie ein Sauerstoffgerät?  Ja
- Lungenüberblähung (Lungenemphysem)  Ja
- Nein, keine der Genannten.

Besteht bei Ihnen eine andere Lungenerkrankung?

- Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Haben sie eine Schlafapnoe (Schnarchen mit Atemaussetzern)

- Nein  Ja -> tragen sie Nachts eine CPAP-Maske?  Nein  Ja

### Erkrankung der Leber oder Gallenblase:

Ist bei Ihnen eine der folgenden Lebererkrankungen festgestellt worden:

- Gelbsucht  Ja
- Hepatitis  Ja
- Leberverfettung  Ja
- Andere?  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- Nein, keine der Genannten.

Wurden bei Ihnen Gallensteine festgestellt ?

- Nein  Ja

Wurde die Gallenblase operiert / entfernt?

- Nein  Ja

### **Erkrankung der Nieren oder der Urinausscheidung:**

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

Nierenschwäche (Insuffizienz)  Ja

Fehlbildung  Ja

Nierensteine  Ja

Andere?  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein, keine der Genannten.

Wird oder wurde schon einmal eine Dialysebehandlung durchgeführt?

Nein  Ja

Haben sie eine gestörte Urinausscheidung ? (z.B. Inkontinenz oder Harnverhalt)

Nein  Ja

Bei Männern: Ist eine Erkrankung der Prostata bekannt ?

Nein  Ja

### **Magen-Darm-Erkrankungen**

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

Sodbrennen  Ja

Magengeschwür  Ja

Morbus Crohn  Ja

Colitis ulcerosa  Ja

Hämorrhoiden  Ja

Andere?  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein, keine der Genannten.

Bestehen Stuhlunregelmäßigkeiten wie

Durchfälle  Ja

schwarzer Stuhl  Ja

Blut im Stuhl oder Toilettenpapier?  Ja

Nein, keine der Genannten.

### **Erkrankung der Bauchspeicheldrüse**

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

Diabetes Mellitus  Ja

Typ II (Altersdiabetes)  Ja

Typ I  Ja

Andere ?  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein, keine der Genannten.

Spritzen sie Insulin ?

Nein  Ja

### **Erkrankung der Schilddrüse**

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

Überfunktion  Ja

Unterfunktion  Ja

Kalter Knoten  Ja

Andere?  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein, keine der Genannten.

### **Erkrankung des Bewegungsapparates**

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

der Muskeln  Ja

der Knochen, z.B. Osteoporose  Ja

der Gelenke, z.B. Rheuma oder Gicht  Ja

Andere?  Ja, und zwar:

Nein, keine der Genannten.

### **Erkrankung der Wirbelsäule**

Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Wirbelsäule festgestellt worden, z.B.

Bandscheibenvorfall  Ja

Morbus Bechterew  Ja

Andere?  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein, keine der Genannten.

### **Erkrankung der Nerven**

Ist bei Ihnen eine der Folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

Lähmungen Missempfindungen  Ja

Krampfanfälle Epilepsie  Ja

Demenz  Ja

Schlaganfall / TIA  Ja

Parkinson  Ja

Polyneuropathie  Ja

Gemütsleiden wie Depressionen  Ja

psychische Erkrankungen  Ja

Andere?

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nein, keine der Genannten.

### Erkrankung des Auges

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt worden:

grüner Star            Ja, und zwar             linkes Auge             rechtes Auge

grauer Star            Ja, und zwar             linkes Auge             rechtes Auge

Netzhautablösung    Ja, und zwar             linkes Auge             rechtes Auge

Erbblindung            Ja, und zwar             linkes Auge             rechtes Auge

Andere?                 Ja, und zwar:

Nein, keine der Genannten.

### Infektionserkrankungen

Sind bei Ihnen schwerwiegende Infektionserkrankungen aufgetreten, wie z.B. Tuberkulose, Hepatitis oder HIV?

Nein             Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen der Haut

Wurde bei Ihnen eine Hauterkrankung festgestellt, wie z.B. Ulcus cruris, Schuppenflechte (Psoriasis), Neurodermitis oder Hautkrebs ?

Nein             Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

### Sind Ihnen Abweichungen in den Laborwerten bekannt?

(z.B. Blutarmut, erhöhte Blutfettwerte)

Nein             Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

### Ist bei Ihnen eine Gerinnungsstörung festgestellt worden ?

Nein             Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

### Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft ?

Nein             Ja -> Monat: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Brust, Gebärmutter oder der Eierstöcke festgestellt worden?

Nein             Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

### Bei Männern:

Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Prostata / Hoden festgestellt worden?

Nein             Ja, und zwar:

**Sozialanamnese:**

alleinlebend

in (Lebens-)Partnerschaft / verheiratet

Kinder (Anzahl/ Alter): \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Belastungen am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Belastungen zu Hause: \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung?

Nein

Ja

Möchten Sie uns auf etwas hinweisen, etwa Erkrankungen, besonderen Gesundheitszustand oder Lebensumstände?

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_