Dr. med. Uwe Griesbach Dr. med. Philipp Becker
Fachärzte für Innere Medizin, Sportmedizin, Diabetologie DDG

Marktpassage 4 · 42781 Haan
Telefon 02129-1618 · info@griesbach-becker.de

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen in Ruhe zu Hause aus und bringen Sie ihn zu Ihrem Termin mit – gerne auch Ihren Medikationsplan, Impfpass und vorhandene Befunde. Was Sie nicht wissen, lassen Sie einfach frei. Wir besprechen alles gemeinsam.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail (freiwillig) _____

Geschlecht
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Versicherung
☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe + privat
☐ Selbstzahler:in

Krankenkasse _____ Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Bisherige Hausarztpraxis _____ Behandelnde Fachärzt:innen _____

2. Weshalb kommen Sie zu uns?

☐ aktuelle Beschwerden ☐ Check-up / Vorsorge ☐ chronische Erkrankung ☐ Hausarztwechsel / Umzug
☐ Zweitmeinung ☐ anderes Anliegen

In Ihren eigenen Worten:

_____

_____

_____

3. Ihre Beschwerden

Seit wann? _____

Beginn
☐ plötzlich ☐ schleichend

Verlauf
☐ besser ☐ gleich ☐ schlechter ☐ wechselnd

Wo genau? Strahlt es aus? _____

Wie fühlt es sich an?
☐ drückend ☐ stechend ☐ brennend ☐ ziehend ☐ dumpf ☐ krampfartig ☐ anders:

Schlimmer bei / ausgelöst durch _____

Besser durch _____

Was haben Sie schon versucht? _____

Wie stark sind die Beschwerden meistens?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

keine Beschwerden — stärkste vorstellbare Beschwerden

Bitte nicht bis zum Termin warten bei Brustschmerz oder Engegefühl, Atemnot in Ruhe, plötzlicher Lähmung oder Sprachstörung: **Notruf 112**. Bei dringenden Beschwerden außerhalb der Sprechzeiten: ärztlicher Bereitschaftsdienst **116 117**.

Dr. med. Uwe Griesbach Dr. med. Philipp Becker
Fachärzte für Innere Medizin, Sportmedizin, Diabetologie DDG

Marktpassage 4 · 42781 Haan
Telefon 02129-1618 · info@griesbach-becker.de

Vorgeschichte

4. Bekannte Erkrankungen

Alles, was jemals ärztlich festgestellt wurde – auch wenn es gut behandelt ist.

Herz und Gefäße
- ☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt / Stent
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Herzrhythmusstörung
- ☐ Herzklappenfehler ☐ Schlaganfall
- ☐ Durchblutungsstörung Beine
- ☐ Thrombose / Lungenembolie

Nerven
- ☐ Migräne ☐ Epilepsie ☐ Parkinson
- ☐ Multiple Sklerose ☐ Demenz
- ☐ Polyneuropathie

Stoffwechsel und Hormone
- ☐ Diabetes ☐ erhöhte Blutfette
- ☐ Gicht ☐ Schilddrüse
- ☐ starkes Übergewicht ☐ Osteoporose

Lunge
- ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Schlafapnoe
- ☐ Tuberkulose

Seele
- ☐ Depression ☐ Angststörung
- ☐ Burn-out ☐ Sucht ☐ andere

Blut und Abwehr
- ☐ Blutarmut ☐ Gerinnungsstörung
- ☐ HIV ☐ Autoimmunerkrankung

Magen, Darm, Leber
- ☐ Sodbrennen / Reflux
- ☐ Magengeschwür
- ☐ chron. Darmentzündung
- ☐ Darmpolypen ☐ Fettleber
- ☐ Hepatitis ☐ Gallensteine

Niere und Harnwege
- ☐ Nierenerkrankung ☐ Nierensteine
- ☐ Prostata

Knochen und Gelenke
- ☐ Arthrose ☐ Rheuma
- ☐ Bandscheibenvorfall
- ☐ chron. Rückenschmerz

Haut, Augen, Ohren
- ☐ Schuppenflechte ☐ Neurodermitis
- ☐ Grüner Star ☐ Hörminderung

Krebs: ☐ nein ☐ ja, welcher, wann? _____ Sonstiges _____

5. Operationen und Krankenhaus

Jahr	Operation oder Grund	Jahr	Operation oder Grund

Implantate

☐ keine ☐ Herzschrittmacher / Defibrillator ☐ Stent ☐ künstliche Herzklappe ☐ künstliches Gelenk
☐ Platten / Schrauben ☐ Insulinpumpe / Sensor

Probleme mit Narkosen (auch in der Familie)? ☐ nein ☐ ja: _____

6. Medikamente

Auch Selbstgekauftes, Pflanzliches, Nahrungsergänzung und Spritzen. Medikationsplan gern mitbringen.

Name	Stärke	Einnahme (z. B. 1-0-1)	Wofür?

Nehmen Sie Blutverdünner?

☐ nein ☐ ASS / Clopidogrel ☐ Marcumar, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban oder Dabigatran ☐ weiß nicht

Schwanger oder stillend? ☐ nein ☐ ja ☐ möglich

Dr. med. Uwe Griesbach Dr. med. Philipp Becker
Fachärzte für Innere Medizin, Sportmedizin, Diabetologie DDG

Marktpassage 4 · 42781 Haan
Telefon 02129-1618 · info@griesbach-becker.de

Allergien, Familie, Alltag

7. Allergien und Unverträglichkeiten

☐ keine bekannt ☐ ja (bitte unten eintragen) ☐ Notfallset vorhanden

Wogegen?	Was ist passiert? (z. B. Ausschlag, Schwellung, Atemnot)

8. Erkrankungen in der Familie

Blutsverwandte: Eltern, Geschwister, Kinder. Bitte, wenn bekannt, wer und in welchem Alter.

☐ Herzinfarkt früh (Männer unter 55, Frauen unter 65 Jahren) ☐ Schlaganfall ☐ plötzlicher Herztod ☐ Diabetes
☐ Thrombose ☐ Darmkrebs ☐ Brust- oder Eierstockkrebs ☐ Prostatakrebs ☐ Demenz ☐ psychische Erkrankung
☐ Familie nicht bekannt

Wer, welches Alter? _____

9. Rauchen

☐ nie ☐ früher, bis _____ ☐ aktuell

Zigaretten pro Tag _____ seit _____ Jahren

☐ E-Zigarette ☐ Tabakerhitzer ☐ Shisha
☐ Zigarre / Pfeife

Möchten Sie aufhören? ☐ ja ☐ vielleicht ☐ nein

10. Alkohol

Wie oft trinken Sie Alkohol?

☐ nie ☐ höchstens 1×/Monat ☐ 2–4×/Monat
☐ 2–3×/Woche ☐ 4× pro Woche oder öfter

Wie viele Gläser an einem typischen Tag?

☐ 1–2 ☐ 3–4 ☐ 5–6 ☐ 7–9 ☐ 10 oder mehr

Wie oft 6 Gläser oder mehr bei einer Gelegenheit?

☐ nie ☐ seltener als monatlich ☐ monatlich
☐ wöchentlich ☐ (fast) täglich

1 Glas = 0,33 l Bier, 0,25 l Wein oder 2 cl Schnaps

11. Bewegung und Alltag

Körperlich aktiv pro Woche (mindestens zügiges Gehen)

☐ kaum ☐ unter 1 Std. ☐ 1–2½ Std. ☐ 2½–5 Std.
☐ mehr als 5 Std.

Beruf / Tätigkeit _____

☐ berufstätig ☐ Schicht / Nacht
☐ Ausbildung / Studium ☐ Rente
☐ derzeit ohne Arbeit

Wohnen

☐ allein ☐ mit Partner:in / Familie
☐ betreut / Pflegeeinrichtung

Pflegegrad ☐ nein ☐ ja: ___ GdB _____

12. Befinden

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen …

	gar nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte	fast jeden Tag
wenig Interesse oder Freude	○	○	○	○
niedergeschlagen, hoffnungslos	○	○	○	○
nervös, ängstlich, angespannt	○	○	○	○
Sorgen nicht stoppen können	○	○	○	○

13. Impfungen und Vorsorge

Tetanus / Diphtherie / Keuchhusten	Grippe	COVID-19	Pneumokokken	Gürtelrose	andere

Bitte das Jahr der letzten Impfung eintragen – oder einfach den Impfpass mitbringen.

☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Organspendeausweis

Dr. med. Uwe Griesbach Dr. med. Philipp Becker
Fachärzte für Innere Medizin, Sportmedizin, Diabetologie DDG

Marktpassage 4 · 42781 Haan
Telefon 02129-1618 · info@griesbach-becker.de

Zum Schluss

14. Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Zum Beispiel Fragen, Wünsche oder was Ihnen für den Termin wichtig ist.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden in Ihrer Patientenakte gespeichert (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). Mehr dazu: www.griesbach-becker.de/Impressum/Datenschutz/. **Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen nicht per E-Mail**, sondern bringen Sie ihn zum Termin mit.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte)

Wird von der Praxis ausgefüllt

Eingegangen am _____ Eingetragen von (Kürzel) _____

Besprochen am _____ Ärztin / Arzt _____