



Hausarztpraxis  
Dr. med. Runa Plettig  
Allgemeinmedizin /  
Akupunktur

Dr. med. Runa Plettig  
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesie  
Akupunktur / Intensivmedizin / Notfallmedizin  
Johannisstraße 1 • 01705 Freital  
☎ 0351 64 11 0 77 • 📠 0351 64 11 1 19  
📡 www.hausarzt-freital.de  
✉ info@hausarzt-freital.de  
rezepte@hausarzt-freital.de

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung sehr wichtig und dienen ausschließlich Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte füllen Sie die Fragen sorgfältig aus. Falls Sie sich nicht sicher sein sollten, machen Sie bitte ein Fragezeichen oder sprechen Sie uns an. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient/-in** .....  
Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

**Anschrift** .....  
Straße ..... Hausnummer ..... PLZ / Wohnort .....

**Tel. (Privat)** ..... **E-Mail** .....

**Tel. (Mobil)** ..... **Beruf** .....

**Tel. (dienstl.)** ..... **Größe** ..... **Gewicht** .....

**Nächster Angehöriger** .....

**Bisheriger Hausarzt** .....

**Sonstige Ärzte** .....

**Ernährungsweise**  Mischkost  Vegetarier  Veganer  Sonstige .....

**Trinken Sie Kaffee**  nein  < 3 T./Tag  > 3 T./Tag  Sonstige .....

**Rauchen Sie**  nein  ja, was/wieviel .....  aufgehört seit .....

**Trinken Sie Alkohol**  nein  selten  >2x/Woche  täglich was: .....

**Nehmen Sie Drogen**  nein  selten  >2x/Woche  täglich was: .....

**Allergien**  nein /  ja welche .....

**Medi.-allergie**  nein /  ja welche .....

**Schlafstörungen**  Ein- /  Durchschlafen wie oft: ..... **Schlafdauer tgl.** .....

**Schnarchen Sie**  nein  ja **Nächtliche Atemaussetzer**  nein /  ja .....

**Treiben Sie Sport**  nein  ja was, wie oft .....

**Schichtarbeit**  nein  ja welche Schichten, wie oft .....

**Sind Sie schwanger**  ja /  nein ..... **Haustiere**  nein /  ja.....

### Neigen Sie zu

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/> Schwindel       | <input type="checkbox"/> Erschöpfung         | <input type="checkbox"/> Atemnot        | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörg. |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Inappetenz | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen     |
| <input type="checkbox"/> Durchfall       | <input type="checkbox"/> Verstopfung     | <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Traurigkeit    | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche |

**Hatten Sie schon Operationen, Unfälle, Chemotherapie oder Bestrahlungen** (Angaben möglichst mit Jahreszahl)

.....  
 .....

**Durchgemachte schwere Erkrankungen** (Angaben möglichst mit Jahreszahl)

.....  
 .....

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen / Krankheiten von Organen / Systemen:**

- |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck           | <input type="checkbox"/> Herz-/Herzklappen    | <input type="checkbox"/> Arterien              | <input type="checkbox"/> Thrombosen       | <input type="checkbox"/> Krampfadern           |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall        | <input type="checkbox"/> Asthma               | <input type="checkbox"/> COPD                  | <input type="checkbox"/> Lungenembolie    | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit | <input type="checkbox"/> Gicht            | <input type="checkbox"/> Rheuma                |
| <input type="checkbox"/> Arthrose            | <input type="checkbox"/> Bandscheiben         | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung      | <input type="checkbox"/> Sodbrennen       | <input type="checkbox"/> Magenkrankheit        |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse  | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung       | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> urolog./gynäkolog. E. |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung      | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung      | <input type="checkbox"/> HNO-Erkrankung        | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  | <input type="checkbox"/> HIV                   |
| <input type="checkbox"/> and. Infektionen    | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankg. | <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Lähmungen        | <input type="checkbox"/> Implantate            |

**Andere Erkrankungen** (z.B. Erberkrankungen, Stoffwechselerkrankungen usw.)

.....  
 .....

**Medikamente und Dosierung:**

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Bemerkungen

**Erkrankungen von Großeltern, Eltern oder Geschwistern:**

- |   |                                      |  |  |   |
|---|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck    | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Rheuma              | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> genetische Erkrankg. |

**Wann war Ihr letzter Gesundheitscheck:** .....

**Wann war Ihre letzte Hautkrebsvorsorge:** .....

**Wann war Ihre letzte gynäkologische / urologische Vorsorge:** .....

**Ist Ihr Impfschutz vollständig:**                       ja                       nein                       unsicher

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter