



Ebenböckstr. 15
81241 München

T: 089 – 834 88 88
F: 089 – 820 58 37

info@praxis-turniski-harder.de
www.praxis-turniski-harder.de

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN

Internistische Hausarztpraxis Dr. Vlatka Turniski-Harder

Herzlich willkommen in unserer internistischen Hausarztpraxis!

Wir freuen uns, Sie als neuer Patient/neuen Patientin begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Angaben.

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Telefon (Festnetz):	Handy:
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):	
E-Mail:	

2. Anamnese – Vergangene & bestehende Erkrankungen

Bitte kreuzen Sie zutreffende Erkrankungen an bzw. tragen Sie diese in das Freifeld ein.

Leiden Sie oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Nein	Ja	Seit wann (Jahr)?
Bluthochdruck	☐	☐	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Herzinfarkt	☐	☐	
Sonstige Herzerkrankungen	☐	☐	



Erkrankung	Nein	Ja	Seit wann (Jahr)?
Krebserkrankung	☐	☐	
Gefäßerkrankungen der Beine (Durchblutungsstörungen)	☐	☐	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐	
Nierenerkrankungen	☐	☐	
Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
Infektionskrankheiten	☐	☐	
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	☐	☐	
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	☐	☐	
Thrombose / Lungenembolie	☐	☐	
Augenerkrankungen	☐	☐	
Psychische Erkrankungen	☐	☐	
Neurologische Erkrankungen	☐	☐	
Operationen / Unfälle	☐	☐	
Sonstiges	☐	☐	

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Alkoholkonsum:

- ☐ kein Konsum
☐ gelegentlich
☐ täglich
☐ regelmäßig-Menge/Woche: _____

Nikotin:

Raucher/in? Wenn ja, seit wann und wie viel pro Tag?



Allergien:

Bekannte Allergien (z. B. Pollen, Tierhaare, Nahrungsmittel):

Medikamentenallergien / Unverträglichkeiten:

Gewicht:

Körpergröße (cm):

Gewicht (kg):

BMI:

Gewichtsveränderung in den letzten 12 Monaten (zu-/abgenommen, wie viel kg?):

Sportliche Aktivität / Bewegung im Alltag:

3. Voruntersuchungen

Herzkatheter erfolgt? Wenn ja wann:

Darmspiegelung erfolgt? Wenn ja, wann?

Gynäkologische Untersuchung? Wenn ja, wann:

Mammografie? Wenn ja, wann:

Urologische Untersuchung? Wenn ja, wann:

4. Familienanamnese

Bitte kreuzen Sie an, ob folgende Erkrankungen bei nahen Familienangehörigen (Eltern, Geschwister, Großeltern) bekannt sind, und vermerken Sie ggf. welches Familienmitglied betroffen ist.

Erkrankung	Ja	Nein	Welches Familienmitglied?
Herzinfarkt	☐	☐	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Durchblutungsstörungen	☐	☐	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐	
Tumorerkrankungen / Krebs	☐	☐	
Blutgerinnungsstörungen / Bluterkrankungen	☐	☐	
Thrombosen	☐	☐	



5. Sozialanamnese

Familienstand:

Anzahl Kinder:

Wohnsituation (allein / mit Familie / Wohngemeinschaft etc.):

Berufliche Tätigkeit / Arbeitsbelastung:

Besondere soziale/familiäre Belastungen, die für die Behandlung relevant sein könnten:

Recall-System

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. V. Turniški-Harder mich über bevorstehende Termine (Gesundheitsuntersuchung, Impfung, etc.) telefonisch oder per Post/E-Mail informieren darf.

☐ Ich stimme zu

☐ Ich stimme nicht zu

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:
