

# ANAMNESEBOGEN



DR. MARKUS WERNER  
Allgemeinmedizin · Sportmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. **Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.**

## PERSÖNLICHE DATEN

Name: \_\_\_\_\_

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

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Gelernter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Besteht Schichtarbeit oder hohe berufliche Belastung?  
Wenn ja, welche?

ja  nein

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

**Sollten die Versichertendaten von den Patientendaten abweichen, teilen Sie uns dies bitte bei der Anmeldung persönlich mit.**

Name der Versicherung:

gesetzlich  privat  KVB  Postbeamtenkasse

Schwerbehindertenausweis  ja  nein

Pflegegrad **1 2 3 4 5**  ja  nein

## AKTUELLE BESCHWERDEN

Bestehen derzeit gesundheitliche Beschwerden oder Symptome?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher unternommen, um diese zu lindern?

Wie stark schränken Sie Ihre Beschwerden derzeit im Alltag ein? (0 = gar nicht, 10 = sehr stark) **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Was glauben Sie selbst, wodurch Ihre Beschwerden verursacht oder verstärkt werden?

## ALLGEMEINE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

 (Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.)

### FRÜHERE ERKRANKUNGEN / EINGRiffe

1. Operationen, Unfälle oder Bestrahlungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

2. Bekannte Medikamenten-Unverträglichkeiten?  ja  nein

3. Allergien? Wenn ja, welche?  ja  nein

4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

unsicher Wenn ja, welche SSW?  
Vorherige Geburten? \_\_\_\_\_

### CHRONISCHE ODER BEKANNTEN ERKRANKUNGEN

5. Bitte ankreuzen, falls bekannt oder in der Vergangenheit aufgetreten:

- Bluthochdruck  Thrombose  Schlaganfall  
 Herzinfarkt  Diabetes  Lebererkrankung  
 Nierenerkrankung  Asthma / COPD  Arthrose  
 Osteoporose  Depression / Angst / Gemütskrankheiten  
 Schilddrüsenerkrankung  Reizdarm  Glaukom  
 Krampfanfälle  Blutungsneigung  
 Krebserkrankung  Hepatitis  HIV  andere:

### FAMILIENANAMNESE

6. Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck  Thrombose  Herzinfarkt  
 Schlaganfall  Diabetes  Krebserkrankungen  
 Asthma / COPD  Allergien  Arthrose  
 Migräne  Demenz / Alzheimer / Parkinson  
 Autoimmunerkrankungen

**BITTE WENDEN ➤**

## MEDIKAMENTE, NAHRUNGSERGÄNZUNG & VITALSTOFFE

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, folgende:

---

Bitte einen aktuellen Medikamentenplan beifügen.

8. Nehmen Sie Vitamin D ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche Dosierung?

---

9. Nehmen Sie pflanzliche oder naturheilkundliche Präparate ein? Wenn ja, welche?

10. Nehmen Sie Hormonpräparate  ja  nein  
(z. B. Schilddrüsenhormone, Testosteron, Östrogen, Progesteron)?

11. Welche weiteren Nahrungsergänzungsmittel  ja  nein nehmen Sie regelmäßig ein? (z. B. Omega-3, Magnesium, Kreatin, CoQ10, NMN, Multivitamine)

## GESUND LEBEN, ALTERN & LEISTUNGSFÄHIG BLEIBEN

12. Was tun Sie aktiv für Ihre Gesundheit und um langfristig leistungsfähig zu bleiben?

Spezielle Ernährungsform:

- keine  vegetarisch  vegan  pescatarisch  
 ketogen  Low-Carb  andere:

- 
- Ich ernähre mich frisch, wenig verarbeitet und achte auf Zuckerreduktion.  
 Ich betreibe regelmäßig Krafttraining  
(Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Woche, Dauer: \_\_\_\_\_ Minuten)  
 Ich betreibe regelmäßig Ausdauertraining  
(Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Woche, Dauer: \_\_\_\_\_ Minuten)  
 Ich übe andere Sportarten regelmäßig aus:

- 
- Ich achte auf ausreichenden und regelmäßigen Schlaf (durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden pro Nacht).  
 Ich trainiere mentale Gesundheit oder Achtsamkeit (z. B. Meditation, Atemübungen, Natur, soziale Kontakte).  
 Ich nehme regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen oder Check-ups teil.

13. Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit im Vergleich zu früher?

- besser  gleich  leicht vermindert  
 deutlich vermindert  könnte besser sein

14. Haben Sie Interesse an präventiven oder regenerativen Therapiekonzepten? (z. B. Mikronährstoffanalysen, Höhentraining, Aufbauinfusionen, Check-ups, etc.)  
 ja  nein  vielleicht

## KÖRPERFUNKTIONEN & WOHLBEFINDEN

15. Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige Energie und Leistungsfähigkeit?

- sehr hoch  gut  schwankend  niedrig

16. Wie würden Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 3 Monaten einschätzen?

- tief und erholsam  teils unruhig  
 häufig unterbrochen  Einschlafprobleme

17. Wie stark fühlen Sie sich im Alltag durch Stress oder Belastung beeinflusst?

- kaum  etwas  deutlich  stark

18. Wie ausgeglichen fühlen Sie sich im Alltag?

- sehr ausgeglichen  meist stabil  
 häufig angespannt  sehr gestresst

19. Welche Aktivitäten geben Ihnen Energie oder Freude?

---

20. Haben Sie Verdauungsbeschwerden, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Reflux?  ja  nein  
Wenn ja, welche Symptome treten auf?

## ZIELE & MOTIVATION

1. Was bedeutet „Gesundheit“ für Sie persönlich – und was möchten Sie in den nächsten Jahren aktiv dafür tun?

---

2. Wenn Sie an Ihr zukünftiges Ich mit 80 denken – wozu möchten Sie körperlich und geistig noch fähig sein?

3. Wie wichtig ist es Ihnen, aktiv und präventiv in Ihre Gesundheit zu investieren?

- sehr wichtig  wichtig  weniger wichtig

## IHRE ERWARTUNGEN & HINWEISE

4. Was ist Ihnen in Ihrer Behandlung besonders wichtig?

---

5. Was möchten Sie uns noch gerne mitteilen?

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung  Internet  Zeitung  Praxisschild  
 anderer Arzt  sonstiges: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an Vorsorgetermine und anstehende Impfungen erinnert werden?  ja  nein

## EINWILLIGUNGEN

- Hiermit stimme ich der notwendigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.  
 Ich erkläre mich einverstanden, dass dem überweisenden / weiterbehandelnden Arzt etc. Befunde, Röntgenbilder, Arztbriefe übermittelt werden bzw. dort Unterlagen angefordert werden dürfen. Gegenüber Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern ist die Praxis von der Schweigepflicht entbunden.  
 Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichtete mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Für andere als die genannten Zwecke darf die Praxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

---

Datum, Unterschrift Patient / in,  
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter