



Erstanamnesebogen für Patienten 1.2.1 (1)



Stand 06/2026

Name:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Beruf:

Liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgende Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?			
Diabetes mellitus	☐	Sonstige Herzerkrankungen	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Asthma, chron. Bronchitis	☐
Lebererkrankung	☐	Durchblutungsstörungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Schlaganfall	☐
Erhöhte Blutfettwerte	☐	Krampfadern	☐
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	☐	Infektionskrankheiten, z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose	☐
Bluthochdruck	☐	Krebserkrankung	☐
Angina pectoris/ Herzbeschwerden	☐	Epilepsie	☐
Sonstige Erkrankungen:			
Rauchen Sie?		Wenn ja, wie viel?	
Ja	☐	Zigaretten/ Tag	
Nein	☐		
Konsumieren Sie Alkohol?		Wenn ja, was und wie viel?	
Nein	☐	Was: Gläser/ Tag:	
gelegentlich	☐		
regelmäßig	☐		



Erstanamnesebogen für Patienten 1.2.1 (1)



Stand 06/2026

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf:	
Ja ☐	Nein ☐	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
		6.	
		7.	
		8.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja ☐	Nein ☐	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Bitte (sofern möglich) Zeitpunkt des Eingriffs hinzufügen.?			
1.	4.		
2.	5.		
3.	6.		
Erkrankungen in der Familie:			
	Vater	Mutter	Geschwister
Diabetes mellitus	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐
Sonstige Herzerkrankungen	☐	☐	☐



Erstanamnesebogen für Patienten 1.2.1 (1)



Stand 06/2026

Nur für Frauen			
Blutung regelmäßig?			Letze Regel?
Ja	☐		
Nein	☐	Menopause seit?	
Kontrazeption			Wie viele Geburten?
Pille	☐	seit	
Spirale	☐	seit	Abort?
andere	☐	seit	Interruption?