

**Praxis Dr. med. Florian Rehner**  
Facharzt für Allgemeinmedizin



Naturheilverfahren/ Akupunktur  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
Familienmedizin

## Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in allen Gesundheitsfragen und helfe Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Im Krankheitsfall berücksichtige ich immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten. Deshalb bitte ich Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Eine möglichst vollständige Ausfüllung wäre sehr hilfreich für den Behandlungsablauf.

Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen händigen Sie mir bitte beim Erstkontakt aus.

Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm BMI: \_\_\_\_\_

Berufliche Situation:  Schüler(in) / Studierende  Hausfrau / Hausmann  Rentner(in)

berufstätig als: \_\_\_\_\_ bei Firma \_\_\_\_\_

Bezugsperson:

Ehefrau/ Ehemann  Mutter/ Vater  Tochter/ Sohn  Schwester/ Bruder  \_\_\_\_\_

**Praxis Dr. med. Florian Rehner**  
**Facharzt für Allgemeinmedizin**



Naturheilverfahren/ Akupunktur  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
Familienmedizin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_

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

Grund des heutigen Praxisbesuchs

- Akute Erkrankung     Chronische Erkrankung     Schmerzen  
 Vorsorge     Impfung/ Überprüfung Impfschutz

Beschreibung Ihrer Beschwerden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wann treten sie auf? \_\_\_\_\_

Für Schmerzpatienten: Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen? (Bitte ankreuzen) leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 stark

Ihre Wünsche

Möchten Sie über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für Sie geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn sie über das Leistungsspektrum Ihrer Krankenkasse hinausgehen?  Nein  Ja

Möchten Sie vom Recall-System profitieren?  Ja  Nein

An welche Termine möchten Sie erinnert werden?

- Kindervorsorgeuntersuchungen/ Jugendgesundheitsuntersuchung  
 Gesundheitsuntersuchung 18-34. Lj.

# Praxis Dr. med. Florian Rehner

## Facharzt für Allgemeinmedizin



Naturheilverfahren/ Akupunktur  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
Familienmedizin

- Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lj.
- Krebsvorsorge nur bei Männern ab 45. Lj.
- Impfungen
- DMP (Disease Management Programm)

Auf welchem Weg möchten Sie informiert werden?  E-Mail  Telefon

### Lebenssituation

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Prozent

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Sie sind  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt lebend  verwitwet

Haben Sie Kinder?  Nein  ja: \_\_\_\_\_ /ggf. Geburtsjahr(e) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag , seit \_\_\_\_\_ Jahren

Trinken Sie Alkohol?  Nein  gelegentlich  regelmäßig

Benötigen Sie ein(e)  Hörgerät  Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv:  beruflich  In Ihrer Freizeit (Sport)

Wie oft in der Woche: \_\_\_\_\_ Mal / \_\_\_\_\_ Std./Min. insgesamt

### Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt bei wem? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck bei wem? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit bei wem? \_\_\_\_\_

Schlaganfall bei wem? \_\_\_\_\_

Darmkrebs bei wem? \_\_\_\_\_

Brustkrebs bei wem? \_\_\_\_\_

Krebs, sonst. bei wem? \_\_\_\_\_

**Praxis Dr. med. Florian Rehner**  
Facharzt für Allgemeinmedizin



Naturheilverfahren/ Akupunktur  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
Familienmedizin

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Masern  Mumps  Röteln  Windpocken

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Keine
- Diabetes  Schwindelanfälle  Blutungsneigung  Herzkrankheit  Bluthochdruck
- Herzinfarkt  Cholesterin erhöht  Schlaganfall  Magenerkrankungen
- Gicht  Nierenerkrankung  Rheuma  Darmerkrankungen  Asthma / chron. Bronchitis
- Lebererkrankung  Psychische Erkrankung  Schilddrüse  Migräne
- Tuberkulose  Hautkrankheit  Rückenleiden  Arthrose (Gelenkverschleiß)
- Krebs Welche Art? \_\_\_\_\_
- Allergien Welche? \_\_\_\_\_
- Unfälle/Verletzungen Welche? \_\_\_\_\_

Bei Kindern:

- Sprache  Motorik  AD(H)S  Lese/ Rechtschreibschwäche  Rechenschwäche
- Logopädische,  Ergotherapeutische oder  Krankengymnastische Behandlung?

Weshalb? \_\_\_\_\_

Kinder/ Jugendliche

Was war die letzte Vorsorgeuntersuchung:

- U1  U2  U3  U4  U5  U6  U7  U7a  U8  U9  U10  U11  J1  J2

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

- Lungenarzt  Orthopäde  Urologe  Kardiologe  Neurologe  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Praxis Dr. med. Florian Rehner**  
**Facharzt für Allgemeinmedizin**



Naturheilverfahren/ Akupunktur  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
Familienmedizin

Welche Operationen hatten Sie? (wann?)

- Keine
- Gallenblasen-OP ja, wann: \_\_\_\_\_  Blinddarm-OP ja, wann: \_\_\_\_\_
- Mandeln-OP ja, wann: \_\_\_\_\_  Bruch-OP ja, wann: \_\_\_\_\_
- Augen-OP ja, wann: \_\_\_\_\_  Knie-OP ja, wann: \_\_\_\_\_
- Schulter-OP ja, wann: \_\_\_\_\_  Hüft-OP ja, wann: \_\_\_\_\_

Sonstige Operationen: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den vergangenen 5 Jahren im Krankenhaus?

Wo? Weswegen? Wann?

---

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name Wie oft? Seit wann?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Praxis Dr. med. Florian Rehner**  
Facharzt für Allgemeinmedizin



Naturheilverfahren/ Akupunktur  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
Familienmedizin

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Durst:  vermehrt  vermindert  normal

Appetit:  vermehrt  vermindert  normal

Stuhlgang:  vermehrt  vermindert  normal

Wasserlassen:  mit Brennen  nachts öfter  Startschwierigkeiten  normal

Monatsblutungen:  schmerzhaft  stark  keine  regelmäßig

Nachtschwitzen:  vermehrt  normal

Gewicht:  Zunahme \_\_\_kg  Abnahme \_\_\_kg  konstant

Mir ist oft kalt / warm  ja  nein Ich schwitze übermäßig  ja  nein

Ich habe oft Kopfschmerzen  ja  nein

Bauchschmerzen:  ja  nein

Ich habe Luftnot / Luftmangel  im Liegen  beim Treppensteigen  bei Aufregung

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_ 20\_\_

Unterschrift

Ort

Datum

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

Zuletzt interessiert uns noch: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung  Telefonbuch  Internet  Homepage  Zeitung etc.

Sonstiges: \_\_\_\_\_