



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

Anamnesebogen für Neupatient:innen

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

1. Persönliche Daten

- **Name, Vorname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Geschlecht:** ☐ w ☐ m ☐ divers
- **Adresse:** _____
- **Telefon:** _____
- **E-Mail:** _____
- **Beruf / Tätigkeit:** _____
- **Medizinische Betreuung**
 - Bisheriger Hausarzt: _____
 - Sonstige behandelnde Ärzte: _____

2. Krankenversicherung

- **Versicherung:** ☐ Gesetzlich ☐ Privat (☐ Beihilfeberechtigt)
- **Krankenkasse / Versicherung:** _____
- **Hausarztvertrag / HzV:** ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

3. Aktueller Anlass des Arztbesuchs

- **Beschwerden / Anliegen:**



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

4. Vorerkrankungen (bitte ankreuzen)

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes
- ☐ Herz-/Gefäßerkrankungen
- ☐ Asthma / COPD
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Magen-/Darmerkrankungen
- ☐ Leber-/Nierenerkrankungen
- ☐ Rheuma / Gelenkerkrankungen
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Sonstige: _____

5. Operationen / Krankenhausaufenthalte

- **Art / Jahr:** _____

6. Aktuelle Medikamente

(Name – Dosierung – Einnahmehäufigkeit)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- ☐ Medikamentenplan vorhanden

7. Allergien / Unverträglichkeiten

- ☐ Medikamente
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Pollen / Hausstaub
- ☐ Insektengifte
- ☐ Sonstige: _____



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

8. Impfstatus

- ☐ Tetanus aktuell
- ☐ FSME
- ☐ COVID-19
- ☐ Unbekannt / Impfpass nicht vorhanden

9. Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen?

- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetes
- ☐ Krebserkrankungen
- ☐ Sonstige: _____

10. Lebensstil

- **Rauchen:** ☐ nie ☐ früher ☐ aktuell: _____ Zigaretten/Tag
- **Alkohol:** ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
- **Bewegung:** ☐ wenig ☐ regelmäßig ☐ intensiv

11. (Optional) Weitere wichtige Hinweise

12. Datenschutz & Einwilligung

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung gemäß DSGVO ein.



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

Notfallkontakt / Kontaktperson

Name der Kontaktperson
Beziehung zum Patienten (z.B. Partner, Kind)
Telefonnummer

Schweigepflichtentbindung gegenüber der oben genannten Kontaktperson

Ich erlaube den behandelnden Ärzten sowie den Mitarbeitern dieser Praxis, der oben genannten Kontaktperson Auskunft über meinen Gesundheitszustand, Befunde, Diagnosen und Behandlungen zu erteilen, sofern ich nicht ausdrücklich im Einzelfall widerspreche. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen

Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zu organisatorischen oder medizinischen Zwecken (z.B. Terminabsprachen, Befundmitteilungen oder Rückfragen) kontaktieren darf.

Telefon	Ja ☐ / Nein ☐
E-Mail	Ja ☐ / Nein ☐
PatMed-Applikation	Ja ☐ / Nein ☐

Recall-Service (optional)

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder Kontrolltermine erinnert.

Einverstanden	Ja ☐ / Nein ☐
---------------	---

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin folgendes mit:

- ☐ Krankenversichertenkarte, Impfausweis, Aktueller Medikationsplan
- ☐ Weitere evtl. medizinisch relevante Dokumente (Patientenakte,...)

Datum: _____ **Unterschrift:** _____