Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Anamnesebogen

Medical History Form · Cuestionario de anamnesis

Bitte wählen Sie Ihre Sprache und füllen Sie nur einen Bogen aus.
Please choose your language and fill in only one form.
Elija su idioma y rellene solo un formulario.

Deutsch ›
Bogen auf Deutsch ausfüllen

English ›
Fill in the form in English

Español ›
Rellenar el formulario en español

Tippen Sie auf Ihre Sprache. Auf jeder Seite oben rechts können Sie die Sprache wechseln (DE | EN | ES).
Tap your language. You can switch language at the top right of every page.
Toque su idioma. Puede cambiar de idioma arriba a la derecha en cada página.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. · Protected by medical confidentiality. · Protegido por el secreto médico.

Für die Praxis: Datenübernahme auf der letzten Seite

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Anamnesebogen

DE EN ES

Bitte vollständig und nach bestem Wissen ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Am PC oder Smartphone ausfüllbar: in die Felder tippen bzw. Kästchen antippen. Nicht Zutreffendes leer lassen.

1 Persönliche Angaben

Nachname | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geschlecht ◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefon / Mobil | E-Mail | Krankenkasse

Hausärztin / Hausarzt | Überweisende/r Ärztin/Arzt

Sind Sie bereits in ein Programm zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben?

◯ ja ◯ nein ◯ weiß nicht

Beruf (aktuell / früher) | Körpergröße (cm) | Gewicht (kg)

Aktuelle berufliche Situation

◯ Nicht berufstätig ◯ Selbstständig ◯ Schüler/in / Ausbildung ◯ Elternzeit
◯ Beschäftigt in Vollzeit ◯ Beschäftigt im Schichtdienst ◯ Rentner/in ◯ Teilzeit oder ähnlich

2 Aktueller Anlass

Warum kommen Sie heute zu uns?

Haben Sie ein konkretes Anliegen an uns?

☐ Hausärztliche Betreuung
☐ Vertretung für meine eigentliche Hausarztpraxis
☐ Ausstellung eines Rezeptes
☐ Andere (bitte unten angeben)
☐ Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass
☐ Akute Beschwerden
☐ AU-Bescheinigung (Krankschreibung)

Anderes Anliegen

Beschwerden / Grund der Vorstellung

Seit wann? | Bisherige Untersuchungen / Behandlungen deswegen

Falls Schmerzen – Stärke von 0 (keine) bis 10 (stärkste): -

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Anamnesebogen

DE EN ES

3 Vorerkrankungen

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes mellitus (Zucker)
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Herzinfarkt / KHK / Stent
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Herzklappenerkrankung
- ☐ Schlaganfall / TIA
- ☐ Thrombose / Lungenembolie
- ☐ Durchblutungsstörung der Beine
- ☐ Asthma / COPD
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Magen-/Darmerkrankung
- ☐ Gicht
- ☐ Rheuma / Gelenkerkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Depression / psych. Erkrankung
- ☐ Epilepsie / neurolog. Erkrankung
- ☐ Hepatitis / HIV / Tuberkulose
- ☐ Blutgerinnungsstörung / Anämie

Details / weitere Erkrankungen (bitte mit Jahr der Diagnose)

Nehmen Sie an einem DMP (Disease-Management-Programm) teil?

◯ ja ◯ nein

Wenn „Ja“, an welchem:

- ☐ KHK
- ☐ Asthma
- ☐ COPD
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporose
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Adipositas

4 Operationen & Krankenhausaufenthalte

mit Jahr

Welche Operationen / stationären Aufenthalte hatten Sie?

5 Aktuelle Medikamente

inkl. Sprays, Spritzen, pflanzl. Mittel · Einnahme: morgens-mittags-abends-nachts

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen, aktuellen Medikationsplan mit.

- ☐ Ich nehme keine Medikamente ein.
- ☐ Ich nehme Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto)

Medikament (Name)	Wirkstärke (z.B. 5 mg)	Einnahme (z.B. 1-0-1-0)

Nahrungsergänzungsmittel / Sonstiges / weitere Medikamente

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Anamnesebogen

DE EN ES

6 Allergien & Unverträglichkeiten

Sind Allergien bekannt? ◯ nein ◯ ja – und zwar:

- ☐ Antibiotika (z.B. Penicillin)
- ☐ Betäubungsmittel (lokal)
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Schmerzmittel (ASS, Ibuprofen)
- ☐ Latex
- ☐ Pollen / Hausstaub / Tierhaare
- ☐ Röntgen-Kontrastmittel / Jod
- ☐ Pflaster / Desinfektionsmittel
- ☐ Nickel / Metalle

Gegen was genau, und welche Reaktion (z.B. Ausschlag, Atemnot)?

7 Erkrankungen in der Familie

Eltern, Geschwister, Kinder

- ☐ Herzinfarkt/Schlaganfall vor 60. Lj.
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Krebserkrankungen
- ☐ Demenz / Parkinson
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Thrombosen / Gerinnungsstörung
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen

Wer hatte was? (z.B. Vater: Herzinfarkt mit 55 J.)

8 Lebensstil & soziale Situation

Rauchen ◯ nie ◯ früher ◯ aktuell

Wie viel pro Tag (Zigaretten etc.)? | Seit wie vielen Jahren / wie lange? | Aufgehört im Jahr

Alkohol ◯ nie ◯ gelegentlich ◯ regelmäßig

Was und wie viel pro Woche? | Drogen / andere Substanzen

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. vegetarisch, vegan)?
◯ nein ◯ ja – und zwar:

Welche Ernährungsform / Besonderheiten?

Bewegung / Sport (Art, wie oft) | Familienstand / Kinder

Liegt ein Pflegegrad (früher „Pflegestufe“) vor?
◯ nein ◯ ja ◯ beantragt **Pflegegrad:** -

Wohnsituation / Hilfe im Alltag (z.B. Pflegedienst, Angehörige)

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Anamnesebogen

DE EN ES

9 Impfungen & Vorsorge

Impfungen: Jahr der letzten Dosis, soweit bekannt

Tetanus / Diphtherie		Grippe (Influenza)	
COVID-19		Pneumokokken	
Gürtelrose (Herpes zoster)		Hepatitis B	
RSV		Sonstige	

☐ Impfpass liegt vor / bringe ich mit

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung (Koloskopie)?

◯ nein ◯ ja ◯ weiß nicht

Wann? (Jahr)

Mit welchem Befund? (z.B. unauffällig, Polypen entfernt)

10 Aktuelles Befinden

Was trifft in den letzten Wochen auf Sie zu?

☐ Nichts davon – ich fühle mich gesund.

☐ Fieber	☐ Nachtschweiß	☐ Ungewollter Gewichtsverlust
☐ Appetitlosigkeit	☐ Müdigkeit / Leistungsknick	☐ Schlafstörungen
☐ Atemnot	☐ Brustschmerz / Brustenge	☐ Herzklopfen / -stolpern
☐ Geschwollene Beine	☐ Husten / Auswurf	☐ Übelkeit / Erbrechen
☐ Sodbrennen	☐ Bauchschmerzen	☐ Durchfall / Verstopfung
☐ Blut im Stuhl / Teerstuhl	☐ Beschwerden beim Wasserlassen	☐ Starker Durst
☐ Schwindel	☐ Kopfschmerzen	☐ Gelenk- / Rückenschmerzen
☐ Taubheit / Kribbeln	☐ Hautveränderungen / Juckreiz	☐ Niedergeschlagenheit / Ängste

Ergänzungen

11 Nur für Frauen

Schwangerschaft möglich / bestehend? ◯ nein ◯ ja ◯ unsicher

☐ Ich stille derzeit.

☐ Ich bin in / nach den Wechseljahren.

Erster Tag der letzten Regelblutung

Verhütung

Anzahl Schwangerschaften / Geburten

12 Weitere Hinweise & Fragen an uns

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Anamnesebogen

DE EN ES

13 Erklärung & Datenschutz

Richtigkeit der Angaben. Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben freiwillig sowie nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unvollständige oder unrichtige Angaben – insbesondere zu Medikamenten, Allergien, Vorerkrankungen und einer möglichen Schwangerschaft – die ärztliche Beurteilung und Behandlung beeinträchtigen und gesundheitliche Risiken zur Folge haben können. Änderungen meines Gesundheitszustands, meiner Medikation oder meiner Kontaktdaten werde ich der Praxis mitteilen.

Zweck und Rechtsgrundlage. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Hausarztpraxis Leipzig-Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert, Elsbethstr. 20, 04155 Leipzig. Ihre Angaben werden ausschließlich praxisintern zur hausärztlichen Untersuchung, Beratung und Behandlung einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation und Abrechnung verwendet und in Ihrer Patientenakte gespeichert. Rechtsgrundlage ist der Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. b und c sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h und Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG.

Schweigepflicht und Weitergabe. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) und werden vertraulich behandelt. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur, soweit sie gesetzlich vorgeschrieben oder erlaubt ist (z. B. Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. Ihrer Krankenkasse, gesetzliche Meldepflichten, Beauftragung von Laboren) oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben. Eine Weitergabe zu Werbe- oder sonstigen praxisfremden Zwecken findet nicht statt.

Aufbewahrung. Die Patientenakte wird gemäß § 630f Abs. 3 BGB grundsätzlich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit nicht andere Vorschriften längere Fristen vorsehen, und danach datenschutzgerecht gelöscht bzw. vernichtet.

Ihre Rechte. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit sowie – soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen – auf Löschung (Art. 15–20 DSGVO) und auf Einsicht in Ihre Patientenakte (§ 630g BGB). Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Zudem können Sie sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde beschweren, in Sachsen bei der Sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten.

Datenschutzinformation. Die ausführliche Datenschutzinformation der Praxis nach Art. 13 DSGVO habe ich am Tag der Vorstellung zur Kenntnis genommen. Sie liegt in der Praxis aus und wird Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Elektronische Übermittlung. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet – z. B. beim Versand dieses Bogens per unverschlüsselter E-Mail – Sicherheitslücken aufweisen kann; ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist dabei nicht möglich. Wenn Sie diesen Bogen elektronisch übermitteln, geschieht dies auf Ihre Veranlassung. Alternativ können Sie ihn ausgedruckt oder persönlich in der Praxis abgeben. Gesundheitsdaten versendet die Praxis per E-Mail nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch.

Freiwilligkeit. Die Angaben in diesem Bogen und die nachfolgenden optionalen Einwilligungen sind freiwillig. Verweigern oder widerrufen Sie eine Einwilligung, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile für Ihre Behandlung; fehlende Angaben können jedoch die ärztliche Beurteilung erschweren. Bei Minderjährigen oder betreuten Personen füllt die gesetzliche Vertretung den Bogen aus.

☐ **Ich habe diese Erklärung gelesen und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

☐ Optional: Ich bin einverstanden, dass die Praxis Befunde und Arztbriefe bei meinen vor-, mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Kliniken anfordert und an diese übermittelt. Insoweit entbinde ich die Beteiligten von der ärztlichen Schweigepflicht.

☐ Optional: Die Praxis darf mich unter den angegebenen Kontaktdaten (Telefon, SMS, E-Mail) z.B. zu Terminen und Rückfragen kontaktieren.

Ort, Datum

Name der ausfüllenden Person (ggf. Angehörige/r)

Bitte speichern Sie das ausgefüllte PDF und senden Sie es an die Praxis bzw. bringen Sie es mit.

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Medical History Form

DE EN ES

Please complete as fully and accurately as you can. All information is protected by medical confidentiality.
Fill in on a computer or smartphone: tap a field to type, tap a box to tick it. Leave blank what does not apply.

1 Personal details

Last name | First name | Date of birth (DD.MM.YYYY)

Sex ◯ male ◯ female ◯ diverse

Street and number | Postcode, city

Phone / mobile | Email | Health insurance

Family doctor (GP) | Referring doctor

Are you already enrolled in a GP-centred care programme (HZV)?

◯ yes ◯ no ◯ don't know

Occupation (current / former) | Height (cm) | Weight (kg)

Current employment status

◯ Not employed ◯ Self-employed ◯ School / training ◯ Parental leave
◯ Employed full-time ◯ Shift work ◯ Retired ◯ Part-time or similar

2 Reason for your visit

Why are you seeing us today?

Do you have a specific request for us?

☐ Ongoing GP care
☐ Stand-in for my regular GP practice
☐ Prescription
☐ Other (please specify below)
☐ Regular check-ups (health passport)
☐ Acute symptoms
☐ Sick note (incapacity certificate)

Other request

Symptoms / reason for your visit

Since when? | Previous tests / treatment for this problem

If in pain – intensity from 0 (none) to 10 (worst): -

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – All rights reserved. Reproduction or distribution of this form only with permission.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Medical History Form

DE EN ES

3 Medical conditions

Tick all that apply

- ☐ High blood pressure
- ☐ Diabetes
- ☐ High cholesterol / lipids
- ☐ Heart attack / coronary disease
- ☐ Irregular heartbeat
- ☐ Heart failure
- ☐ Heart valve disease
- ☐ Stroke / TIA
- ☐ Thrombosis / pulmonary embolism
- ☐ Poor circulation in the legs
- ☐ Asthma / COPD
- ☐ Sleep apnoea
- ☐ Thyroid disease
- ☐ Kidney disease
- ☐ Liver disease
- ☐ Stomach / bowel disease
- ☐ Gout
- ☐ Rheumatism / joint disease
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Cancer
- ☐ Depression / mental illness
- ☐ Epilepsy / neurological disease
- ☐ Hepatitis / HIV / tuberculosis
- ☐ Bleeding disorder / anaemia

Details / other conditions (with year of diagnosis)

Are you enrolled in a disease management programme (DMP)?

◯ yes ◯ no

If yes, which one:

- ☐ Coronary heart disease
- ☐ Asthma
- ☐ COPD
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Heart failure
- ☐ Obesity

4 Operations & hospital stays

with year

Which operations / hospital admissions have you had?

5 Current medication

incl. inhalers, injections, herbal remedies · Dosing: morning-noon-evening-night

Please bring your complete, up-to-date medication plan with you.

- ☐ I do not take any medication.
- ☐ I take blood thinners (e.g. aspirin, warfarin, Eliquis, Xarelto)

Medicine (name)	Strength (e.g. 5 mg)	How taken (e.g. 1-0-1-0)

Supplements / other medicines

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – All rights reserved. Reproduction or distribution of this form only with permission.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Medical History Form

DE EN ES

6 Allergies & intolerances

Any known allergies? ◯ no ◯ yes – namely:

- ☐ Antibiotics (e.g. penicillin)
- ☐ Painkillers (aspirin, ibuprofen)
- ☐ X-ray contrast / iodine
- ☐ Local anaesthetics
- ☐ Latex
- ☐ Plasters / disinfectants
- ☐ Food
- ☐ Pollen / dust mites / animals
- ☐ Nickel / metals

To what exactly, and what reaction (e.g. rash, breathing problems)?

7 Family history

parents, siblings, children

- ☐ Heart attack/stroke before age 60
- ☐ High blood pressure
- ☐ Diabetes
- ☐ High cholesterol
- ☐ Cancer
- ☐ Thrombosis / clotting disorder
- ☐ Mental illness
- ☐ Dementia / Parkinson's
- ☐ Thyroid disease

Who had what? (e.g. father: heart attack at 55)

8 Lifestyle & social situation

Smoking ◯ never ◯ former ◯ current

How much per day (cigarettes etc.)? | For how many years? | Quit in (year)

Alcohol ◯ never ◯ occasionally ◯ regularly

What and how much per week? | Drugs / other substances

Do you follow a particular diet (e.g. vegetarian, vegan)?
◯ no ◯ yes – namely:

Which diet / any particulars?

Exercise / sport (type, how often) | Marital status / children

Do you have an assessed care level (Pflegegrad)?
◯ no ◯ yes ◯ applied for **Level:** -

Living situation / help in daily life (e.g. home care, relatives)

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – All rights reserved. Reproduction or distribution of this form only with permission.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Medical History Form

DE EN ES

9 Vaccinations & screening

vaccinations: year of last dose, if known

Tetanus / diphtheria		Flu (influenza)	
COVID-19		Pneumococcus	
Shingles (herpes zoster)		Hepatitis B	
RSV		Other	

☐ I have / will bring my vaccination record

Have you ever had a colonoscopy?

◯ no ◯ yes ◯ don't know

When? (year)

Result? (e.g. normal, polyps removed)

10 Current symptoms

What has applied to you in recent weeks?

☐ None of these – I feel healthy.

☐ Fever
☐ Loss of appetite
☐ Shortness of breath
☐ Swollen legs
☐ Heartburn
☐ Blood in stool / black stool
☐ Dizziness
☐ Numbness / tingling
☐ Night sweats
☐ Tiredness / low energy
☐ Chest pain / tightness
☐ Cough / phlegm
☐ Abdominal pain
☐ Problems passing urine
☐ Headache
☐ Skin changes / itching
☐ Unintended weight loss
☐ Sleep problems
☐ Palpitations
☐ Nausea / vomiting
☐ Diarrhoea / constipation
☐ Excessive thirst
☐ Joint / back pain
☐ Low mood / anxiety

Additional details

11 For women only

Are you or could you be pregnant? ◯ no ◯ yes ◯ not sure

☐ I am breastfeeding.

☐ I am in / past the menopause.

First day of last period

Contraception

Number of pregnancies / births

12 Further information & questions for us

Anything else you would like to tell us?

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – All rights reserved. Reproduction or distribution of this form only with permission.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Medical History Form

DE EN ES

13 Declaration & data protection

This translation is provided for your information; the German version is legally binding.

Accuracy of information. I confirm that I have provided the above information voluntarily, truthfully and completely to the best of my knowledge. I am aware that incomplete or incorrect information – in particular regarding medication, allergies, previous illnesses and a possible pregnancy – may impair medical assessment and treatment and may pose risks to my health. I will inform the practice of any changes in my health, medication or contact details.

Purpose and legal basis. The controller responsible for data processing is Hausarztpraxis Leipzig-Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert, Elsbethstr. 20, 04155 Leipzig. Your information is used exclusively within the practice for GP examination, advice and treatment, including legally required documentation and billing, and is stored in your patient record. The legal basis is the treatment contract (Sections 630a et seq. German Civil Code, BGB) in conjunction with Art. 6(1)(b) and (c) and Art. 9(2)(h) and (3) GDPR and Section 22(1) no. 1(b) BDSG.

Confidentiality and disclosure. All information is subject to medical confidentiality (Section 203 German Criminal Code) and is treated confidentially. It is disclosed to third parties only where required or permitted by law (e.g. billing via the Association of Statutory Health Insurance Physicians or your health insurer, statutory reporting duties, laboratory orders) or where you have expressly consented. It is never passed on for advertising or other purposes unrelated to your care.

Retention. Under Section 630f(3) BGB, the patient record is generally kept for ten years after the end of treatment, unless other regulations require longer periods, and is then securely deleted or destroyed.

Your rights. You have the right of access, rectification, restriction of processing and data portability and – unless statutory retention obligations apply – erasure (Art. 15–20 GDPR), as well as the right to inspect your patient record (Section 630g BGB). You may withdraw any consent at any time with effect for the future. You may also lodge a complaint with a data protection supervisory authority; in Saxony this is the Saxon Data Protection and Transparency Commissioner.

Privacy notice. I have taken note of the practice's detailed privacy notice under Art. 13 GDPR on the day of my visit. It is available at the practice and will be handed to you on request.

Electronic transmission. Please note that data transmission over the internet – e.g. sending this form by unencrypted email – may have security gaps; complete protection of the data against access by third parties is not possible. If you send this form electronically, you do so at your own initiative. Alternatively, you can hand it in at the practice on paper or in person. The practice sends health data by email only at your express request.

Voluntary nature. The information in this form and the optional consents below are voluntary. Refusing or withdrawing consent will not affect your treatment; however, missing information may make medical assessment more difficult. For minors or persons under legal guardianship, the legal representative completes the form.

☐ **I have read this declaration and confirm that my information is correct and complete.**

☐ Optional: I agree that the practice may request medical reports and letters from my previous, co-treating and subsequent doctors and hospitals and send reports to them. To this extent I release those involved from medical confidentiality.

☐ Optional: The practice may contact me using the details given (phone, text message, email), e.g. about appointments or questions.

Place, date	Name of person completing the form (e.g. relative)

Please save the completed PDF and send it to the practice or bring it with you.

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – All rights reserved. Reproduction or distribution of this form only with permission.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Cuestionario de anamnesis

DE EN ES

Rellénelo de forma completa y veraz. Sus datos están protegidos por el secreto médico.
Puede rellenarlo en el ordenador o el móvil: toque un campo para escribir o una casilla para marcarla.

1 Datos personales

Apellidos | Nombre | Fecha de nacimiento (DD.MM.AAAA)

Sexo ◯ masculino ◯ femenino ◯ diverso

Calle y número | Código postal, ciudad

Teléfono / móvil | Correo electrónico | Seguro médico

Médico de cabecera | Médico que le deriva

¿Está ya inscrito/a en un programa de atención centrada en el médico de cabecera (HZV)?
◯ sí ◯ no ◯ no lo sé

Profesión (actual / anterior) | Estatura (cm) | Peso (kg)

Situación laboral actual
◯ Sin empleo ◯ Autónomo/a ◯ Estudiante / formación ◯ Permiso parental
◯ Empleo a tiempo completo ◯ Trabajo por turnos ◯ Jubilado/a ◯ Tiempo parcial o similar

2 Motivo de la consulta

¿Por qué viene hoy?

¿Tiene alguna petición concreta para nosotros?
☐ Atención por médico de cabecera
☐ Sustitución de mi médico de cabecera habitual
☐ Receta médica
☐ Otra (indíquela abajo)
☐ Controles periódicos (cartilla de salud)
☐ Molestias agudas
☐ Baja laboral (certificado)

Otra petición

Síntomas / motivo de la consulta

¿Desde cuándo? | Pruebas o tratamientos previos por este motivo

Si tiene dolor – intensidad de 0 (nada) a 10 (máximo): -

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Todos los derechos reservados. Reproducción o difusión del formulario solo con autorización.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Cuestionario de anamnesis

DE EN ES

3 Enfermedades previas

Marque todo lo que corresponda

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Infarto / enfermedad coronaria
- ☐ Enfermedad valvular cardiaca
- ☐ Mala circulación en las piernas
- ☐ Enfermedad de tiroides
- ☐ Enfermedad de estómago/intestino
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Epilepsia / enf. neurológica
- ☐ Diabetes
- ☐ Arritmia cardiaca
- ☐ Ictus / AIT
- ☐ Asma / EPOC
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Gota
- ☐ Cáncer
- ☐ Hepatitis / VIH / tuberculosis
- ☐ Colesterol o lípidos altos
- ☐ Insuficiencia cardiaca
- ☐ Trombosis / embolia pulmonar
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Reuma / enfermedad articular
- ☐ Depresión / enfermedad psíquica
- ☐ Trastorno de coagulación / anemia

Detalles / otras enfermedades (con año del diagnóstico)

¿Participa en un programa de gestión de enfermedades crónicas (DMP)?

◯ sí ◯ no

En caso afirmativo, ¿en cuál?

- ☐ Cardiopatía coronaria
- ☐ Asma
- ☐ EPOC
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Insuficiencia cardiaca
- ☐ Obesidad

4 Operaciones y hospitalizaciones

con año

¿Qué operaciones u hospitalizaciones ha tenido?

5 Medicación actual

incl. inhaladores, inyecciones, plantas · Toma: mañana-mediodía-tarde-noche

Traiga por favor su plan de medicación completo y actualizado.

- ☐ No tomo ningún medicamento.
- ☐ Tomo anticoagulantes (p. ej. aspirina, Sintrom, Eliquis, Xarelto)

Medicamento (nombre)	Dosis (p. ej. 5 mg)	Toma (p. ej. 1-0-1-0)

Suplementos / otros medicamentos

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Todos los derechos reservados. Reproducción o difusión del formulario solo con autorización.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Cuestionario de anamnesis

DE EN ES

6 Alergias e intolerancias

¿Tiene alergias conocidas? ◯ no ◯ sí, en concreto:

- ☐ Antibióticos (p. ej. penicilina)
- ☐ Analgésicos (aspirina, ibuprofeno)
- ☐ Contraste radiológico / yodo
- ☐ Anestésicos locales
- ☐ Látex
- ☐ Esparadrapo / desinfectantes
- ☐ Alimentos
- ☐ Polen / ácaros / animales
- ☐ Níquel / metales

¿A qué exactamente y qué reacción (p. ej. erupción, dificultad respiratoria)?

7 Antecedentes familiares

padres, hermanos, hijos

- ☐ Infarto/ictus antes de los 60
- ☐ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Cáncer
- ☐ Trombosis / trastorno coagulación
- ☐ Enfermedades psíquicas
- ☐ Demencia / Parkinson
- ☐ Enfermedades de tiroides

¿Quién tuvo qué? (p. ej. padre: infarto a los 55 años)

8 Estilo de vida y situación social

Tabaco ◯ nunca ◯ antes ◯ actualmente

¿Cuánto al día (cigarrillos, etc.)? | ¿Durante cuántos años? | Lo dejó en el año

Alcohol ◯ nunca ◯ ocasionalmente ◯ regularmente

¿Qué y cuánto por semana? | Drogas / otras sustancias

¿Sigue alguna dieta especial (p. ej. vegetariana, vegana)?
◯ no ◯ sí, en concreto:

¿Qué dieta / particularidades?

Ejercicio / deporte (tipo, frecuencia) | Estado civil / hijos

¿Tiene reconocido un grado de dependencia (Pflegegrad)?
◯ no ◯ sí ◯ solicitado **Grado:** -

Situación de vivienda / ayuda diaria (p. ej. cuidados a domicilio, familiares)

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Todos los derechos reservados. Reproducción o difusión del formulario solo con autorización.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Cuestionario de anamnesis

DE EN ES

9 Vacunas y prevención

vacunas: año de la última dosis, si lo sabe

Tétanos / difteria		Gripe	
COVID-19		Neumococo	
Herpes zóster		Hepatitis B	
VRS		Otras	

☐ Tengo / traeré mi cartilla de vacunación

¿Le han hecho alguna vez una colonoscopia?

◯ no ◯ sí ◯ no lo sé

¿Cuándo? (año)

¿Con qué resultado? (p. ej. normal, pólipos extirpados)

10 Estado actual

¿Qué ha notado en las últimas semanas?

☐ Nada de esto, me encuentro bien.

☐ Fiebre	☐ Sudores nocturnos	☐ Pérdida de peso involuntaria
☐ Falta de apetito	☐ Cansancio / falta de energía	☐ Problemas de sueño
☐ Falta de aire	☐ Dolor / opresión en el pecho	☐ Palpitaciones
☐ Piernas hinchadas	☐ Tos / flemas	☐ Náuseas / vómitos
☐ Acidez	☐ Dolor abdominal	☐ Diarrea / estreñimiento
☐ Sangre en heces / heces negras	☐ Molestias al orinar	☐ Sed excesiva
☐ Mareo	☐ Dolor de cabeza	☐ Dolor articular / de espalda
☐ Entumecimiento / hormigueo	☐ Cambios en la piel / picor	☐ Ánimo bajo / ansiedad

Comentarios

11 Solo para mujeres

¿Está o podría estar embarazada? ◯ no ◯ sí ◯ no lo sé

☐ Estoy dando el pecho. ☐ Estoy en la menopausia o ya la pasé.

Primer día de la última regla

Anticoncepción

Número de embarazos / partos

12 Otras observaciones y preguntas

¿Desea comunicarnos algo más?

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Todos los derechos reservados. Reproducción o difusión del formulario solo con autorización.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Cuestionario de anamnesis

DE EN ES

13 Declaración y protección de datos

Esta traducción es informativa; la versión alemana es la jurídicamente vinculante.

Veracidad de los datos. Confirmo que he facilitado los datos anteriores de forma voluntaria, veraz y completa según mi leal saber y entender. Soy consciente de que los datos incompletos o incorrectos – en especial sobre medicamentos, alergias, enfermedades previas y un posible embarazo – pueden perjudicar la valoración y el tratamiento médicos y suponer riesgos para mi salud. Comunicaré a la consulta cualquier cambio en mi salud, mi medicación o mis datos de contacto.

Finalidad y base jurídica. El responsable del tratamiento de datos es Hausarztpraxis Leipzig-Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert, Elsbethstr. 20, 04155 Leipzig. Sus datos se utilizan exclusivamente dentro de la consulta para el examen, asesoramiento y tratamiento por el médico de cabecera, incluidas la documentación y facturación exigidas por ley, y se guardan en su historia clínica. La base jurídica es el contrato de tratamiento (art. 630a y ss. del Código Civil alemán, BGB) en relación con el art. 6.1 b) y c) y el art. 9.2 h) y 9.3 del RGPD y el art. 22.1.1 b) de la BDSG.

Secreto médico y comunicación a terceros. Todos los datos están sujetos al secreto médico (art. 203 del Código Penal alemán) y se tratan de forma confidencial. Solo se comunican a terceros cuando la ley lo exige o permite (p. ej. facturación a través de la Asociación de Médicos del Seguro Obligatorio o de su seguro médico, obligaciones legales de notificación, encargos a laboratorios) o cuando usted lo haya consentido expresamente. Nunca se ceden con fines publicitarios u otros ajenos a su atención.

Conservación. Según el art. 630f.3 BGB, la historia clínica se conserva por regla general diez años tras finalizar el tratamiento, salvo que otras normas exijan plazos mayores, y después se borra o destruye de forma segura.

Sus derechos. Tiene derecho de acceso, rectificación, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos y – salvo que existan obligaciones legales de conservación – supresión (art. 15–20 RGPD), así como a consultar su historia clínica (art. 630g BGB). Puede retirar en cualquier momento los consentimientos otorgados con efecto para el futuro. También puede presentar una reclamación ante una autoridad de control de protección de datos; en Sajonia, la Comisionada de Protección de Datos y Transparencia de Sajonia.

Información sobre protección de datos. He tomado conocimiento el día de la consulta de la información detallada sobre protección de datos de la consulta según el art. 13 RGPD. Está disponible en la consulta y se le entregará si la solicita.

Transmisión electrónica. Le advertimos de que la transmisión de datos por internet – p. ej. al enviar este formulario por correo electrónico sin cifrar – puede presentar fallos de seguridad; no es posible una protección total de los datos frente al acceso de terceros. Si envía este formulario por vía electrónica, lo hace por iniciativa propia. También puede entregarlo impreso o en persona en la consulta. La consulta solo envía datos de salud por correo electrónico a petición expresa suya.

Carácter voluntario. Los datos de este formulario y los consentimientos opcionales siguientes son voluntarios. Negarse a dar un consentimiento o retirarlo no le perjudicará en su tratamiento; no obstante, la falta de datos puede dificultar la valoración médica. En el caso de menores o personas bajo tutela, el formulario lo rellena su representante legal.

☐ **He leído esta declaración y confirmo que mis datos son correctos y completos.**

☐ Opcional: Acepto que la consulta solicite informes y cartas médicas a mis médicos y hospitales anteriores, actuales y posteriores, y que les envíe informes. En esta medida, eximo a los implicados del secreto médico.

☐ Opcional: La consulta puede contactarme con los datos indicados (teléfono, SMS, correo electrónico), p. ej. por citas o consultas.

Lugar, fecha

Nombre de quien rellena el formulario (p. ej. familiar)

Guarde el PDF rellenado y envíelo a la consulta o tráigalo consigo.

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Todos los derechos reservados. Reproducción o difusión del formulario solo con autorización.

Hausarztpraxis
LEIPZIG-GOHLIS

Elsbethstr. 20 · 04155 Leipzig
Tel. 0341 5646821 · Fax 0341 5614753
info@hausarztpraxis-leipzig-gohlis.de

Nur für die Praxis – Datenübernahme ins PVS

Der Karteikartentext wird beim Öffnen dieser Seite automatisch erzeugt – immer auf Deutsch (Adobe Acrobat / Acrobat Reader).
Übernahme ins PVS: in das Textfeld klicken, Strg+A (alles markieren), Strg+C (kopieren) und in der Karteikarte einfügen.
Der ausgefüllte Sprachbogen (DE/EN/ES) wird erkannt. Ist das Feld leer oder veraltet: „Text aktualisieren“ klicken.

Text aktualisieren
Karteikartentext neu erzeugen

Formular leeren
alle Eingaben löschen

© 2026 Hausarztpraxis Leipzig Gohlis, Frau Dr. med. S. Ebert – Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung oder Weitergabe des Formulars nur mit Genehmigung.