



# ANAMNESEBOGEN BEI ERSTKONSULTATION

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

ich möchte Sie bitten, diesen Fragebogen gewissenhaft und umfassend auszufüllen, damit ich mir bereits vor der ersten Konsultation ein genaues Bild Ihres Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes machen kann.

Übersenden Sie diesen Bogen per **Fax** oder **Post** (aus Datenschutzgründen bitte **nicht** per E-Mail) oder geben Sie ihn bei Ihrem Arztbesuch ab.

Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Es erleichtert unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Dr. Ph. Veeckman**  
**Dr. G. Schymik**

Devrientstr. 4a  
76185 Karlsruhe

Termin nach Vereinbarung

Tel.: 0721 / 830 906 33  
Mobil: 0171 / 569 58 68  
Fax: 0721 / 830 787 69

E-Mail: info@medicorteam.de  
Web: www.medicorteam.de

Vielen Dank!

<b>Vorname:</b> _____	<b>Nachname:</b> _____
<b>Straße:</b> _____	<b>PLZ/Ort:</b> _____
<b>Telefon:</b> _____	<b>Fax:</b> _____
<b>Mobil:</b> _____	<b>E-Mail:</b> _____
<b>Geb.Dat.:</b> _____	<b>Krankenkasse:</b> _____

## Was ist Ihr Anliegen, weshalb Sie unsere Praxis besuchen?

- Fieber
- Schmerzen
  - Kopf
  - Hals
  - Brustkorb
  - Bauch
  - Rücken
  - andere
- Beratung

## Kommentar:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

	Vater	Mutter	Großeltern	Kinder
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallen, Nieren, Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Erbkrankheiten
- Nierenerkrankung
- Gallensteine
- Diabetes
- Asthma
- Krebs
- Hautkrankheiten
- Schilddrüsenkrankheit
- Herzinfarkt
- Lungenerkrankung
- Magenerkrankung
- Depression

sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

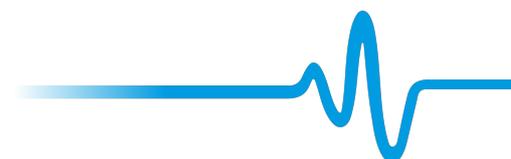
## Wurden Sie schon einmal operiert?

Wenn  ja woran und wann  nein

---

---

---





**Rauchen Sie?**

- ja (wieviel?) \_\_\_\_\_  
 nein

**Trinken Sie?**

- ja (wieviel?) \_\_\_\_\_  
 nein

**Sind Allergien bekannt?**

- Heuschnupfen  
 Pollen  
 Metalle  
 Penicillin  
 Lidocain (örtliche Betäubung)  
 Nahrungsmittel, bitte nennen: \_\_\_\_\_  
 sonstige Allergien, bitte nennen: \_\_\_\_\_

- Hausstaub  
 Milben  
 Tierhaare  
 Acetylsalicylsäure (Aspirin)

**Besteht Impfschutz gegen?**

- Hepatitis  
 Tetanus  
 Polio  
 sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zu Ihrer Person:**

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

**Berufliche Situation:**

Bildungsabschluss: \_\_\_\_\_  
Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_

**Religionszugehörigkeit:**

- evangelisch  
 katholisch  
 moslemisch  
 andere: \_\_\_\_\_

**Waren Sie vor kurzem im Urlaub?**

Wenn  ja, wo?  nein  
\_\_\_\_\_

**Besteht eine Anerkennung als  
Schwerbehinderter?**

Wegen: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Organspendenausweis?**

ja  nein

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**

ja  nein

**Welche Medikamente nehmen Sie?**

Name	Dosis	Wann (Früh, Mittag, Nachmittag, Abend)

- Ich bin damit einverstanden, dass ich telefonisch oder schriftlich an Terminen z.B. Impfen oder Vorsorgeuntersuchungen erinnert werde.
- Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich eine Privatrechnung erhalte, diese selbst bezahlen muss und dass ich nicht einzuhaltende Termine mindestens 24 Stunden vorher absage. Ansonsten berechnen wir die Hälfte des anfallenden Honorars. Letzteres gilt nicht, wenn es sich um einen Fall unverschuldeter Säumnis handelt. Die Rechnungen werden nach geltender Gebührenordnung für Ärzte, inkl. der gesetzlich gültigen Steigerungsmöglichkeiten, erstellt.

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in:

\_\_\_\_\_

