



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 98
Fax: 0721 / 830 787 69

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

Vielen Dank!

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

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: _____

