



## MedizinKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für Allgemeine und Innere Medizin  
Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.  
Rintheimer Str. 90, 76131 Karlsruhe, **Tel: 0721 / 480 765 0**, Fax: 0721 / 480 765 99  
🌐www.medizinkarlsruhe.de ✉medizinkarlsruhe@online.de



**Praxis Rintheim**  
Hausärztliche Praxis  
(seit 1999)  
Mannheimerstr. 12  
76131 Karlsruhe  
**Tel: 0721 / 961 31 13**  
Fax: 0721 / 961 31 14  
🌐www.praxis-rintheim.de  
✉praxiskarlsruhe@online.de



**Praxis Oststadt**  
Hausärztliche Praxis  
(seit 2019)  
Haid-und-Neu-Str. 32  
76131 Karlsruhe  
**Tel: 0721 / 69 73 75**  
Fax: 0721 / 69 11 79  
🌐www.praxis-oststadt.de  
✉praxisoststadt@online.de



**Praxis Weststadt**  
Hausärztl./ Intern. Praxis  
(seit 2020)  
Bismarckstr. 59  
76133 Karlsruhe  
**Tel: 0721 / 27 88 4**  
Fax: 0721 / 23 56 9  
🌐www.praxis-weststadt.de  
✉praxisweststadt@online.de



**Diagnostikzentrum**  
für internistische Diagnostik  
(seit 2022)  
Rintheimer Str. 90  
76131 Karlsruhe  
**Tel: 0721 / 957 953 90**  
Fax: 0721 / 957 953 99  
🌐www.diagnostikzentrum-karlsruhe.de  
✉diagnostikzentrum@online.de



**BetriebsMedizinKarlsruhe.de**  
Betriebsmedizinische Praxis  
(seit 2023)  
Rintheimer Str. 90  
76131 Karlsruhe  
**Tel. 0721 / 480 740-0**  
Fax: 0721 / 480 740-99  
🌐www.betriebsmedizinkarlsruhe.de  
✉betriebsmedizinkarlsruhe@online.de

## Aufnahmeformular für neue Patientinnen und Patienten - Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen! Um Sie optimal behandeln zu können,  
bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit

**Vorheriger Hausarzt** (Name, Ort, Telefon):

**Größe** (cm): \_\_\_\_\_ **Gewicht** (kg): \_\_\_\_\_

**Anzahl der Kinder** (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:**

**Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen? (bitte ankreuzen)**

- Hoher Blutdruck
- Asthma, chronische Bronchitis
- Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen
- Krampfadern, Thrombose, offene Beine
- Gelbsucht, Hepatitis
- Nierenerkrankungen
- Hauterkrankungen
- Zuckerkrankheit/ Diabetes
- Harnsäureerhöhung/Gicht
- Blutungsneigung
- Blutarmut
- Tumorleiden/ Krebserkrankungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheumaerkrankungen
- Andere Erkrankungen der Gelenke oder der Wirbelsäule
- Nervöse Beschwerden
- Psychische Erkrankungen
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Schlaganfall
- Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star (Katarakt)
- Infektiöse Krankheiten
- erhöhte Blutfette
- Andere bekannte Erkrankungen:

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

(Falls vorhanden, übermitteln Sie uns gerne Ihren Medikamentenplan. Falls Sie keinen haben, bringen Sie gerne alle Medikamente, die Sie nehmen, zu uns mit. Wir erstellen Ihnen gerne einen Plan).

**Haben Sie bekannte Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?**

- Ja    Nein

Wenn ja, welche:

**Hatten Sie bereits Operationen/ Bestrahlungen/ Chemotherapie?**

Wenn ja, wann und weshalb?

**Sind in Ihrer Familie (bei Blutsverwandten) Erkrankungen aufgetreten?**

- Bluthochdruck
- Herzerkrankungen, Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Zuckererkrankung/ Diabetes
- Fettstoffwechselstörungen/Cholesterinerhöhung
- Blutungsstörungen
- Psychische Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Durchblutungsstörung der Beine
- Andere Erkrankungen:

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

Wenn ja, an welchem:     KHK         Asthma/COPD         Diabetes

Sind Sie regelmässig bei **augenärztlichen Kontrollen**  Ja     Nein

Letzte Kontrolle am:

**Wann war Ihr letzter Gesundheits-Check?**

(Ihre gesetzliche Krankenversicherung bezahlt den Gesundheits-Check einmalig im Alter zwischen 18 und 35 Jahren und alle 3 Jahre ab 35 Jahren. Machen Sie gerne einen Termin dafür bei uns.)

**Wann war Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung/ Hautkrebs-Screening?**

(Ihre gesetzliche Krankenversicherung bezahlt das Hautkrebs-Screening alle 2 Jahre ab dem 35. Lebensjahr. Machen Sie gerne einen Termin dafür bei uns.)

**Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung/ Coloskopie?**

(Ihre gesetzliche Krankenversicherung bezahlt eine Vorsorge- Coloskopie ab dem 50. Lebensjahr)

- Ja, wann:
- Wurde eine Kontrolluntersuchung empfohlen, falls ja, wann?
- Nein

**Für Frauen: Sind Sie regelmäßig bei Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen/ Frauenarzt?**

- Ja, wann zuletzt:
- Nein

**Wurden bei Ihnen bereits noch weitere Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann zuletzt und welche Vorsorgeuntersuchungen?

**Wann wurden Sie zuletzt geimpft?**

(Bringen Sie, wenn Sie möchten, gerne Ihren Impfpass zum Impf-Check in die Sprechstunde mit!)

- Corona/ Covid-19:
- Tetanus/Diphtherie:
- Pneumokokken:
- Keuchhusten:
- Masern:
- Grippe/ Influenza:
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?  Ja  Nein**

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich:

seit wann:

bis wann:

(Falls Sie eine Beratung zum Rauchstopp wünschen, sprechen Sie uns gerne an.)

**Trinken Sie Alkohol?:  Ja  Nein**

Wenn ja, wie viel und wie häufig:

Seit wann:

**Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen?**

(Beachten Sie bitte die Präventionsangebote der Krankenkassen, siehe unsere Praxis-Homepages, unter Prävention- und Gesundheitsförderung – Angebote der Krankenkassen.)

**Was ist Ihnen besonders wichtig?**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft MedizInKarlsruhe.de, diese Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

---

Datum und Unterschrift