



MedizinKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

für Allgemeine und Innere Medizin

F. Dillmann, Dr.med. D. Geiger, Dr.med. H. Goebel, C. Hauf M.Sc.

Hauptbetriebsstätte: Rintheimer Straße 90, 76131 Karlsruhe

www.medizinkarlsruhe.de



Aufnahmeformular für neue Patientinnen und Patienten - Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen bei MedizinKarlsruhe! Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen
aus, damit wir Sie optimal behandeln können:

Persönliche Daten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

Telefonnummer (privat)

Telefonnummer (mobil)

Emailadresse

Telefonnummer (Firma)

Krankenversicherung

Berufliche Tätigkeit

Größe (cm): _____

Gewicht (kg): _____

Anzahl der Kinder (falls vorhanden): _____

Vorheriger Hausarzt:

Name: _____

Ort: _____

Telefon _____

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?

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

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung/ Coloskopie?

- 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 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 Rauchstop 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-Homepage, 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.

Karlsruhe, Datum und Unterschrift