

# 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.

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. med. Ph. Veeckman**  
Hausarzt | Chirurg | Herzchirurg  
Devrientstr. 4  
76185 Karlsruhe

Termin nach Vereinbarung  
Mobil: 0151 57857871  
Fax: 0721 8303129  
info@medivisit-ka.de  
www.medivisit.de

Übersenden Sie diesen Bogen per **Fax, Mail, Post** oder geben Sie ihn bei Ihrem Arztbesuch ab.

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 eine hausärztliche Konsultation benötigen?**

- 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

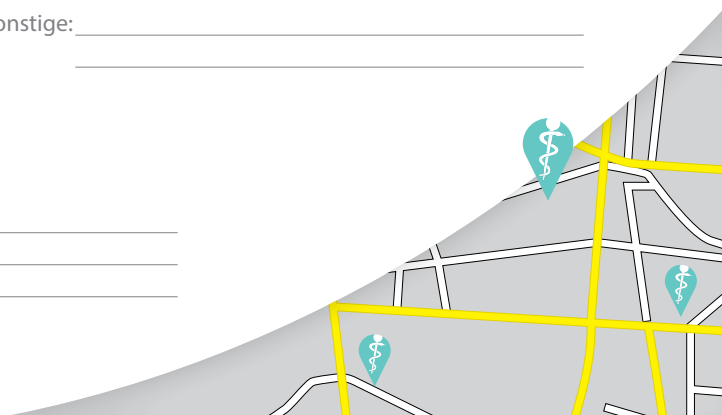
**Wurden Sie schon einmal operiert?**

Wenn  ja woran und wann  nein

---

---

---



**Rauchen Sie?**

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

**Trinken Sie?**

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

**Sind Allergien bekannt?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                            | <input type="checkbox"/> Hausstaub                    |
| <input type="checkbox"/> Pollen                                  | <input type="checkbox"/> Milben                       |
| <input type="checkbox"/> Metalle                                 | <input type="checkbox"/> Tierhaare                    |
| <input type="checkbox"/> Penicillin                              | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure (Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Lidocain (örtliche Betäubung)           |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: _____     |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Allergien, bitte nennen: _____ |   |

**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: \_\_\_\_\_

