

Ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis Karlsruhe

Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.



Praxis Rintheim
Mannheimerstr. 12, 76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 96 13 113
Fax: 0721 / 96 13 114
www.praxis-rintheim.de
E-Mail: praxiskarlsruhe@online.de
Rezept-Telefon: 0721 / 96 13 775
Rezept-E-Mail: ab.praxiskarlsruhe@online.de



Praxis Oststadt
Haid-und-Neu-Str. 32, 76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 69 73 75
Fax: 0721 / 69 11 79
www.praxis-oststadt.de
E-Mail: praxisoststadt@online.de
Rezept-Telefon: 0721 / 966 50 10
Rezept-E-Mail: ab.praxisoststadt@online.de



Praxis Weststadt
Bismarckstr. 59, 76133 Karlsruhe
Tel. 0721 / 27 884
Fax: 0721 / 23 569
www.praxis-weststadt.de
E-Mail: praxisweststadt@online.de
Rezept-Telefon: 0721/ 957 953 69
Rezept-E-Mail: ab.praxisweststadt@online.de

Angestellte Ärztinnen und Ärzte:

Björn Küster
Dr. med. Elisa Lewin
Dr. med. Sirin Nuengsri
Dr. med. Caroline Schnider
Dr. med. Bastian Vogel
Dr. med. Timo Wolfesperger

Formular 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

Berufliche Tätigkeit:

Vorheriger Hausarzt (Name, Ort, Telefon):

Größe (cm):

Gewicht (kg):

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? (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, gegen:

- Tetanus/Diphtherie:
- Pneumokokken:
- Keuchhusten:
- Masern:
- Grippe/ Influenza:

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

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-Homepages, unter Prävention- und Gesundheitsförderung – Angebote der Krankenkassen.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxis Karlsruhe, diese Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

Datum und Unterschrift