



# Anamnesebogen

Gem. Praxis  
Dr. med. U. Cremer /  
Dr. med. B. Fessenmaier-  
Cremer  
Tulpenstr. 12, 76199 Karlsruhe

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Strasse</b>		<b>Nummer</b>	
<b>Postleitzahl</b>		<b>Ort</b>	
<b>Telefon</b>		<b>Handy</b>	
<b>Telefon im Geschäft</b>		<b>email</b>	
<b>Krankenkasse</b>		<b>Beruf</b>	
<b>Arbeitgeber</b>		Adresse	
		Telefon	
<b>Berufsgenossenschaft</b>		Versichertennummer	

**Recall:** Ich möchte informiert werden über anstehende Impfungen, Ultraschall-/Labor und Gesundheitsuntersuchungen, den Newsletter.

	<b>JA</b>		<b>NEIN</b>			
Mittels:	Post	Telefon	Fax	SMS	Email	

### Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber ärztlichen Kollegen

Gemäß § 73 (1b) SGV V willige ich hiermit ein, dass obengenannte Praxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern/Vorbehandlern/altem Hausarzt/Psychotherapeuten einholt bzw. anfordert und bei mir erhobene Befunde an mit-/weiterbehandelnde oder überweisende Ärzte/Psychotherapeuten übermittelt. Beim Hausarztwechsel darf mein neuer Hausarzt meine Unterlagen beim bisherigen Hausarzt anfordern.

Ferner bin ich einverstanden, dass alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis für den Fall der Vertretung und des ärztlichen Konsils Einsicht in meine Behandlungsdaten haben.

**Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten, gelesen und verstanden.**

**Meine Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht, Datenübermittlung bzw. Recall (Informationserhalt) ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen werden.**

Karlsruhe, den.....  
Unterschrift Patient /in ggf. gesetzl. Vertreter/in



# Anamnesebogen

Gem. Praxis  
 Dr. med. U. Cremer /  
 Dr. med. B. Fessenmaier-  
 Cremer  
 Tulpenstr. 12, 76199 Karlsruhe

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Familienvorgeschichte</b>		<b>Hochdruck Zucker Blutfette Herzinfarkt Schlaganfall Krebs</b>	
<b>Impfungen</b>		<b>Wann zuletzt</b>	
Tetanus Diphtherie Polio Keuchhusten Masern FSME Pneumokken Hepatitis A / B HPV Zoster Tollwut Gelbfieber Typhus Meningokokkenmeningitis Jap. Meningitis			
<b>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?</b>			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:</b>	
Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
<b>Pille?</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	3.	
<b>Marcumar?</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	4.	
<b>Anderer Blutverdünner?</b>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	5.	
		6.	



## Anamnesebogen

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Nehmen Sie außer Ihren regelmäßigen Medikamenten andere Medikamente ein?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		<b>Wenn ja, listen Sie Ihre anderen Medikamente bitte auf:</b>
<b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		<b>Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:</b> 1. 2. 3.
<b>Leiden Sie an Allergien?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		<b>Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:</b> 1. 2. 3.
<b>Nehmen/Nahmen Sie ein Heuschnupfenmittel ?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Haben Sie einen Herzschrittmacher?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?</b>		<b>Hatten Sie Knochenbrüche?</b>
1.		1.
2.		2.
3.		3.
<b>Rauchen Sie?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Alkoholkonsum?</b> Ja <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Aktuelle Beschwerden			Datum		
Fieber	ja	nein	Gewichtsabnahme	ja	nein
Schnupfen	ja	nein	Kein Hunger	ja	nein
Husten	ja	nein	Schlafstörung	ja	nein
Auswurf	ja	nein	Schweißneigung	ja	nein
Erbrechen	ja	nein	<b>Nur Patientinnen</b>		
Durchfall	ja	nein	Regelstörung	ja	nein
Verstopfung	ja	nein	Datum der letzten Regel		
Probl. b.Wasserlassen	ja	nein	Könnte es, sein dass Sie schwanger sind	ja	nein

**Haben Sie andere Beschwerden?**

**Haben Sie Schmerzen ?** ja nein

Ort der Schmerzen  
 Art der Schmerzen



# Anamnesebogen

Gem.Praxis  
Dr.med. U. Cremer /  
Dr. med. B. Fessenmaier-  
Cremer  
Tulpenstr. 12, 76199 Karlsruhe

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
-------------	----------------	---------------------

<b>Ist ein Unfall der Anlass für Ihren heutigen Arztbesuch ?</b>	ja	nein
<b>Falls ja</b>		
....bei der Arbeit	ja	nein
....auf dem Weg zur Arbeit	ja	nein
....auf dem Weg von der Arbeit nach Hause	ja	nein
<b>Unfallhergang</b>		

**Datum**

.....  
**Patientenunterschrift**  
**Ggf. gesetzlicher Vertreter/in**