



Dr. Günter Klumm
Innere Medizin
Hypertensiologe-DHL
Ernährungsmedizin

Dr. Gabriele Klumm
Allgemeinmedizin
Hypertensiologin-DHL
Naturheilver., Akupunktur

Dr. Andrea Schneider
Innere Medizin
(angestellte Ärztin)

53721 Siegburg
Annostraße 5a
Tel. 02241-846600
team@drklumm.de
arzt@drklumm.de

PATIENTEN

ANAMNESEBOGEN 2016-10-08.odt

Name	Beruf
Vorname	Arbeitgeber
Titel / Namenszusatz	Telefon privat
Geburtsdatum	Telefon dienstlich
Straße	Telefon mobil
PLZ / Ort	E-Mail

ABRECHNUNG

<input type="checkbox"/> Privatpatient (GOÄ) Versicherung: []	<input type="checkbox"/> Kassenpatient/ Gesetzliche Krankenkasse (EBM)
- Vollversicherung (1,8/2,3-fach)	
<input type="checkbox"/> Privat Beihilfe (1,8/2,3-fach)	Versicherte Person
<input type="checkbox"/> Privat Postbeamten B (1,5/1,9-fach)	Name
<input type="checkbox"/> Privat KVB 1-3 (1,8/2,2-fach)	Vorname
<input type="checkbox"/> Privat Kostenerstattung/KK (1,8/2,3-fach)	Titel
<input type="checkbox"/> Privat Selbstzahler (1,0-fach)	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Privat Standardtarif (1,38/1,8-fach)	Straße
<input type="checkbox"/> Privat Ges. Basistarif (1,0/1,2-fach entspr. Kassenpatient)	PLZ / Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung durch andere Patienten	<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten (groß, überregional)
<input type="checkbox"/> Praxis gesehen und Interesse bekommen	<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten (klein, BN-Rhein-Sieg)
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch andere Ärzte	<input type="checkbox"/> Telefonbuch (groß, Bonn-Siegburg)
<input type="checkbox"/> Internet: www.drklumm.de	<input type="checkbox"/> Das Örtliche (regionales Telefonbuch)
	<input type="checkbox"/> sonst:

INFORMATIONSS- UND ERINNERUNGSSERVICE

Wir führen in unser Praxis ein ERINNERUNGSSYSTEM für die, für Sie wichtigen Termine, wie VORSORGEN, IMPFUNGEN und CHECKUP durch. Dieser Service soll es Ihnen erleichtern, für Ihre Gesundheit wichtige Termine wahrzunehmen. Eine Verpflichtung entsteht für Sie selbstverständlich nicht.

Bitte erlauben Sie uns, hierfür mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

<input type="checkbox"/> Ja gerne, ich kann dann frei entscheiden
<input type="checkbox"/> entscheide ich später
<input type="checkbox"/> Nein, bitte nicht

Ich bin darüber informiert, dass ich für die in Anspruch genommene ärztliche Leistung eine Privatrechnung nach GOÄ erhalte, für die ich in vollem Umfang zahlungspflichtig bin, unabhängig von der Erstattung meiner Krankenversicherung.

Patientenunterschrift

bitte wenden 

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Meine Allergien Keine Medikamente, wenn ja welche (z.B. Penicillin?):

Röntgenkontrastmittel (Jod) sonstige:

Schwangerschaft Nein Ja, Termin: Stillen Sie? Nein Ja

Meine chronischen Krankheiten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit | |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / COPD (Chron. Bronchitis) | |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs) | <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmkrankheit | |
| <input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden: | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung (z.B. Schuppenflechte) | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> sonst: | |

Meine Dauermedikamente Keine

	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

Familienanamnese (welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie aufgetreten?)

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | bei wem? |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK <input type="checkbox"/> Schlaganfall | bei wem? |
| <input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs) | bei wem? |
| <input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden: | bei wem? |
| <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck) | bei wem? |
| <input type="checkbox"/> sonst: | bei wem? |

Verraten Sie uns bitte Ihre Größe und Gewicht: (wichtig für die Dosierung von Medikamenten)

Größe (cm) =

Gewicht (Kg) =

Rauchen Sie: Ja Nein

IHRE ÄRZTE

Bisheriger Hausarzt:	Orthopäde
Gynäkologe	Urologe
Augenarzt	Orthopäde
Hautarzt (Dermatologe)	sonst:

GRUND FÜR AKTUELLEN BESUCH

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich suche neuen Hausarzt / Hausärztin | <input type="checkbox"/> Ich komme auf Überweisung zur Untersuchung / Therapie |
| <input type="checkbox"/> Vertretungsfall (mein Hausarzt ist nicht erreichbar) | <input type="checkbox"/> sonst: |

meine aktuellen Beschwerden:

Vielen Dank