

Dr. med. Dóra Kersch  
Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie, Notfallmedizin  
Industriestraße 2, 36251 Ludwigsau  
Tel. 06621 7948734  
landarztpraxis-kersch.de  
info@landarztpraxis-kersch.de  
rezept@landarztpraxis-kersch.de

## Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patienten,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch aus. Erscheint Ihnen eine Frage unklar, so lassen Sie diese aus und wir besprechen sie bei Ihrem ersten Termin. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie optimal an Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Bitte bringen Sie Ihren Fragebogen, Impfausweis, Medikamentenplan und Entlassungsberichte zu Ihrem ersten Termin mit. Gerne können Sie uns diese Unterlagen auch vor Ihrem ersten Termin per E-Mail oder postalisch ab den 10.08.2023 zukommen lassen.

### **Persönliche Angaben**

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

### **Krankenkasse/Versicherung**

---

Wie sind Sie versichert?  Privat  Gesetzlich

Zusatzversicherung für stat. Behandlung?  Nein  Ja

Versichertenstatus  Arbeitend  Familienversichert  Rentner

Bei welcher Krankenkasse sind sie Versichert? \_\_\_\_\_

### **Allgemeine Vorgeschichte**

---



- Psychische Erkrankung       Nein    Ja
- Anfallsleiden / Epilepsie       Nein    Ja
- Schlaganfall       Nein    Ja
- Medikamentenallergie       Nein    Ja
- Allergien       Nein    Ja
- Operationen       Nein    Ja    wann und welche

### **Familienanamnese**

---

Ist bei Blutsverwandten ein chronisches Leiden bekannt? Wie: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Blutzucker, Gicht, usw

---

---

### **Letzter Check-up**

---

- Facharzt, im Jahr \_\_\_\_\_       Hausarzt, im Jahr \_\_\_\_\_
- Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr \_\_\_\_\_

### **Rauschmittel-/Zigarettenkonsum**

---

- Drogen    Beginn / Sorte / Menge  
\_\_\_\_\_
- Alkohol    Beginn / Sorte / Menge  
\_\_\_\_\_
- Zigaretten    Beginn / Anzahl/Tag  
\_\_\_\_\_

### **Kinderkrankheiten**

---

- Masern     Windpocken     Röteln     Ich weiß es nicht
- Sonstige \_\_\_\_\_

### **Ernährungsgewohnheiten**

---

- Mischkost     Vegetarisch     Vegan     Sonstige  
\_\_\_\_\_



Schwerbehinderung

Nein     Ja, GdB in % \_\_\_\_\_

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift