

Dr. med.

**Johannes Löw**

Facharzt für Allgemeinmedizin /  
Notfallmedizin

Steingasse 25a  
65594 Runkel-Dehrn  
Tel.: 06431- 40 79 786  
Fax: 06431- 40 79 671  
[dr.loew.dehrn@icloud.com](mailto:dr.loew.dehrn@icloud.com)

## Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Mobil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?: \_\_\_\_\_

Für Privat versicherte Patienten:

Normaltarif       Basistarif       Standardtarif

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ dessen Geb.Datum \_\_\_\_\_

Beruf des Patienten: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig       verheiratet       geschieden       verwitwet

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Kinder: Geben Sie bitte die Anzahl an: \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen:

Schwangerschaft/en: Anzahl \_\_\_\_\_      Geburten: Anzahl \_\_\_\_\_

Dr. med.

**Johannes Löw**  
Facharzt für Allgemeinmedizin /  
Notfallmedizin

Steingasse 25a  
65594 Runkel-Dehrn  
Tel.: 06431- 40 79 786  
Fax: 06431- 40 79 671  
[dr.loew.dehrn@icloud.com](mailto:dr.loew.dehrn@icloud.com)

1. Risikofaktoren:

Alkoholkonsum:  überhaupt keinen  selten  regelmäßig  täglich

wenn ja Menge und Art: ca. \_\_\_\_\_ Gläser/Tag

Rauchen: Ich habe  nie geraucht  früher geraucht  rauche immer noch

wenn ja Menge: ca. \_\_\_\_\_ am Tag  mit Filter  ohne Filter

Art:  Zigaretten  Zigarren  Zigarillos  Pfeife

Ich rauche seit: \_\_\_\_\_ ich habe aufgehört: \_\_\_\_\_

Andere Mittel:  Anabolika  Aufputzmittel  Drogen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

2. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Leiden Sie unter Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  Röteln

Sonstige: \_\_\_\_\_

6. Welche schwerwiegenden Erkrankungen liegen in der Familie vor?

\_\_\_\_\_  Vater  Mutter  Geschwister

\_\_\_\_\_  Vater  Mutter  Geschwister

7. Wurde bei Ihnen im letzten Jahr eine Röntgenaufnahme gemacht?  ja  nein

Wenn ja, welches Organ wurde untersucht? \_\_\_\_\_

8. Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?  
 ja  nein

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

9. Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren:  
Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

10. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft?  ja  nein

Wenn ja, welche Impfungen?  Tetanus  Diphtherie  Polio/IPV  FSME/Zecken

Hepatitis A  Hepatitis B  Sonstige Impfungen: \_\_\_\_\_

11. Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Dr. med. \_\_\_\_\_

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern?  ja  nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier die Adresse und/oder Telefonnummer des Arztes an:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen:**

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Praxis Dr. Johannes Löw weiter zu leiten.

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Vorname des Patienten Nachname des Patienten Geb-Datum

Dehrn , den \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsber.

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch:  ein Arzt hat Sie mir empfohlen: Dr. \_\_\_\_\_  
Name des Arztes

eine andere medizinische Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Name der Praxis/Einrichtung

ein Familienmitglied ist bereits Patient

ein Bekannter ist bereits Patient: \_\_\_\_\_  
Name des Bekannten

Telefonbuch

Internet

Sonstiges: \_\_\_\_\_

13. Erinnerung/Recall wichtiger Gesundheitstermine

Viele Patienten vergessen aufgrund zahlreicher geschäftlicher und privater Termine, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Daher haben wir ein Recallsystem eingeführt. Sie bekommen von uns eine schriftliche Erinnerung und entscheiden dann selbst, ob Sie den Termin wahrnehmen möchten.

Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden (keine Verpflichtung Ihrerseits)

ja  nein

Die Erinnerung soll folgende Termine umfassen:

- alles (Vorsorgetermine, Impfungen, etc.)  Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lj  
 Krebsvorsorge nur bei Männern ab 46. Lj  
 Impfungen

Wenn Sie noch keine Gesundheitsuntersuchung (bzw. Krebsvorsorge) hatten geben Sie bitte hier einen möglichen Wunschtermin für die erste Benachrichtigung an:

\_\_\_\_\_

Monat

Für das Recall der Impfungen benötigen wir Ihren aktuellen Impfpass. Geben Sie ihn bitte, evtl. auch mit weiteren, älteren Exemplaren bei Gelegenheit in der Praxis ab. Wir kontrollieren ihn, vermerken die Auffrischungstermine, die wir Ihnen schriftlich mitteilen, bzw. beraten Sie über fehlende Impfungen.

14. Grund des heutigen Praxisbesuchs:

- akute Erkrankung  chronische Erkrankung  Vorsorge (Untersuchung/Impfung)  
 Schmerzen

Beschreibung Ihrer Beschwerden: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf:

- seit heute  seit gestern  seit ein paar Tagen  seit ein paar Wochen  
 seit Monaten  seit Jahren  von Geburt an

Für Schmerzpatienten: Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen (bitte ankreuzen):

Leicht 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 stark

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben von Seite 1 bis 4.

Runkel-Dehrn, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Pat. bzw. gesetzl. Vertreters

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam Dr. J. Löw

Dr. med.  
*Johannes Löw*  
Facharzt für Allgemeinmedizin /  
Notfallmedizin

Steingasse 25a  
65594 Runkel-Dehrn  
Tel.: 06431- 40 79 786  
Fax: 06431- 40 79 671  
dr.loew.dehrn@icloud.com