

**Philipp Kratz**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Notfallmedizin

---

**Aufnahmebogen**

**Persönliche Daten:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sozialanamnese:**

Nicht berufstätig

selbstständig

Schüler/Ausbildung

Elternzeit

Beschäftigt in Vollzeit

Beschäftigt in Teilzeit

Beschäftigt im Schichtdienst

Rentner

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

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

Kinder: \_\_\_\_\_

Wohnsituation:

alleinlebend

mit Familie

betreutes Wohnen

Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten: \_\_\_\_\_

## Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Schlaganfall	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA _____

## Allgemeine Anamnese:

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  JA  NEIN Wenn ja: \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  JA  NEIN Wenn ja: \_\_\_\_\_ Gläser/Woche



**Krankenhausaufenthalte:**

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

O JA

O NEIN

Wenn ja, warum und wo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Operationen:** (bitte erläutern!)

O Herz: \_\_\_\_\_

O Bauch: \_\_\_\_\_

O Gefäße: \_\_\_\_\_

O Wirbelsäule: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie alle Befunde und Krankenhausberichte mit.**

**Bitte bringen Sie zu ihrem ersten Termin Ihren Impfpass mit!**

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift