



Praxis für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, 53721 Siegburg, Annostraße 5a, 02241-846600

**Dr. Günter Klumm**  
**Dr. Gabriele Klumm**  
**Dr. Andrea Schneider**  
**Dr. Vanessa Neumann**

Innere Medizin, Hypertensiologe-DHL, Ernährungsmedizin  
Allgemeinmedizin, Hypertensiologin-DHL, Naturheilverfahren, Akupunktur  
Innere Medizin, Reisemedizin-CRM, Tauchmedizin-GTÜM.I (angestellte Ärztin)  
Innere Medizin (angestellte Ärztin)

## PATIENTEN

## INFOKLUMM ANAMNESEBOGEN 2020-07-13.odt

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

## ABRECHNUNG

<input type="checkbox"/> <b>Privatpatient (GOÄ)</b> Versicherung: [ ]	<input type="checkbox"/> <b>Kassenpatient/</b> Gesetzliche Krankenkasse ( <b>EBM</b> )
- Vollversicherung (1,8/2,3-fach)	
<input type="checkbox"/> Privat Beihilfe (1,8/2,3-fach)	<b>Versicherte Person</b>
<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:

## INFORMATIONEN- UND ERINNERUNGSSERVICE

Wir führen in unserer 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

Keine  Art. Hypertonie (Bluthochdruck)  Lebererkrankungen

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)  Schilddrüsenkrankheit

Herzkrankheiten  Asthma Bronchiale / COPD (Chron. Bronchitis)

Colonkarzinom (Darmkrebs)  Magen- oder Darmkrankheit

Anderer Krebs / Tumorleiden:  Hauterkrankung (z.B. Schuppenflechte)

Nierenerkrankung  sonst:

**Meine Dauermedikamente**  Keine Morgens Mittags Abends zur Nacht

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

. . . . .

**Familienanamnese**  
(welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie aufgetreten?)

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bei wem?

Herzinfarkt/KHK  Schlaganfall bei wem?

Colonkarzinom (Darmkrebs) bei wem?

Anderer Krebs / Tumorleiden: bei wem?

Art. Hypertonie (Bluthochdruck) bei wem?

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 Kardiologe

Hautarzt (Dermatologe) sonst:

## GRUND FÜR AKTUELLEN BESUCH

Ich suche **neuen Hausarzt** / Hausärztin  Ich komme auf **Überweisung** zur Untersuchung / Therapie

**Vertretungsfall** (mein Hausarzt ist nicht erreichbar)  sonst:

**meine aktuellen Beschwerden:**

Vielen Dank