

Dr. med.
Christian Schacherer

Facharzt für Allgemeinmedizin,
Naturheilverfahren, Sportmedizin,
Palliativmedizin, Gesundheits-
förderung und Prävention,
Reisemedizin

Dr. med.
Bettina Kuhr

Fachärztin für Allgemein-
medizin,
Diabetologie

Dagmar Holzäpfel

Fachärztin für Allgemein-
medizin

Nicolas Hagenbach

Facharzt für Innere Medizin,
Facharzt für Innere Medizin
und Pneumologie,
Notfallmedizin

97922 Lauda-Königshofen
Schillerstr. 5a
Telefon: 09343 - 62280
Telefax: 09343 - 622822

Praxis-Aufnahmebogen für neue Patienten

Um Sie als Patient unserer Praxis möglichst umfassend und ganzheitlich betreuen können,
sind Informationen der Krankenvorgeschichte und der Rahmenbedingungen für uns von großer Wichtigkeit.
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind freiwillig.

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung): _____

Sozialanamnese (bitte zutreffendes ankreuzen):

☐ Nicht berufstätig ☐ selbstständig ☐ Schüler/Ausbildung ☐ Rentner
☐ Beschäftigt in Vollzeit ☐ Beschäftigt in Teilzeit ☐ Beschäftigt im Schichtdienst
Beruf: _____
Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden
Kinder: _____
Wohnsituation: ☐ alleinlebend ☐ mit Familie ☐ betreutes Wohnen ☐ Seniorenwohnheim
Haben sie eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein
Gibt es einen Betreuer oder Bevollmächtigten: _____

Wer darf über Ihre medizinischen Belange in Notfällen Auskunft erhalten?
(bitte Name, Telefonnummer angeben)

Aktuelle Größe und Gewicht: _____
Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ abstinente seit _____ ☐ Ja: _____ Zigaretten/Tag, über _____ Jahre
Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ abstinente seit _____ ☐ Ja: _____ (Menge/Woche)

Wann war ihr letzter Vorsorge-Check-up? _____

Allergien:

☐ Wespen/Bienengift ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit

☐ Medikamente: _____

☐ Lebensmittel: _____

☐ Andere: _____

Was hatten Sie dabei für Symptome?: _____

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Krampfleiden/neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in welchem Alter ? _____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in welchem Alter ? _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in welchem Alter ? _____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, in welchem Alter ? _____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? In welchem Alter ? _____

Welche **Medikamente** nehmen sie regelmäßig ein?

(Name, Dosierung, Einnahmemenge/Tag, alternativ fügen sie einen aktuellen Medikamentenplan bei)

Welche **Medikamente** nehmen sie **bei Bedarf** ein?

Haben bei Ihnen Operationen stattgefunden ? (bitte erläutern z.B. neue Hüfte links 2025):

