

Franziska Alkurde, Fachärztin für Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung,  
Labordiagnostik, Impfungen, EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruck, Ultraschall, Vorsorge  
Plönzeile 17, 12459 Berlin

Telefon: 030-5350792, Fax: 030-53012153, Rezept-Telefon: 030-53600960  
www.hausarztpraxis-alkurde.de

---

## Anamnesebogen Neu-Patient

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

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

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Ja ☐      nein ☐

☐ Diabetes      ☐ Bluthochdruck      ☐ Herzschwäche      ☐ KHK

☐ Schlaganfall      ☐ Thrombose      ☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Operationen      ☐ Krebserkrankungen      ☐ Lungenerkrankungen

☐ psychische Erkrankungen      ☐ Krankheiten im Bauchbereich

☐ erhöhte Blutfette      ☐ andere: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (sogenanntes DMP =  
Disease-Management-Programm) teil?      ☐ Ja      ☐ Nein

Wenn ja, an welchem? ☐ Diabetes ☐ KHK      ☐ COPD      ☐ Asthma

---

Franziska Alkurde, Fachärztin für Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung,  
Labordiagnostik, Impfungen, EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruck, Ultraschall, Vorsorge  
Plönzeile 17, 12459 Berlin

Telefon: 030-5350792, Fax: 030-53012153, Rezept-Telefon: 030-53600960  
www.hausarztpraxis-alkurde.de

---

WICHTIG!

Haben Sie bekannte Allergien? ☐Nein ☐Ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Vorsorgeuntersuchungen:

Letzter Check-Up: \_\_\_\_\_ Hautkrebsscreening: \_\_\_\_\_

Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine (Check-up, Hautkrebsscreening, Impfungen)  
erinnern? ☐ per Telefon ☐ per E-Mail

Besitzen Sie einen Impfpass? ☐Nein ☐Ja

Bringen Sie diesen gerne zum nächsten Termin mit!

Sind Sie an der Videosprechstunde interessiert? ☐Nein ☐Ja (dann bitte die  
Einwilligung unterschreiben)

Wünschen Sie Untersuchungen, welche keine Leistungen der Krankenkasse sind? (wie  
zum Beispiel, zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, Laborwerte, Vitamin-  
Aufbauspritzen, Reiseimpfberatung, Beratung zur Patientenvorsorge, ...)

☐Nein ☐Ja

Bisherige (fach-)ärztliche Behandlung durch (Name, Anschrift und Telefon):

---

---

---

Franziska Alkurde, Fachärztin für Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung,  
Labordiagnostik, Impfungen, EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruck, Ultraschall, Vorsorge  
Plönzeile 17, 12459 Berlin

Telefon: 030-5350792, Fax: 030-53012153, Rezept-Telefon: 030-53600960  
[www.hausarztpraxis-alkurde.de](http://www.hausarztpraxis-alkurde.de)

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Medikament und Dosierung angeben!)

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Franziska Alkurde, diese in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind lediglich für den internen Gebrauch in der Praxis bestimmt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

**Bitte vereinbaren Sie immer einen Termin, auch bei akuten Beschwerden! Bitte schildern Sie den MFA´s kurz worum es geht, damit sie die Dringlichkeit und den Zeitaufwand besser einschätzen können. Wir planen Sie dann abhängig von Ihren Beschwerden ein.**

**Notfälle werden natürlich immer sofort behandelt.**

Für Rezeptbestellungen nutzen Sie bitte immer unser Rezepttelefon oder das Bestellformular auf unserer Internetseite [hausarztpraxis-alkurde.de](http://hausarztpraxis-alkurde.de).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---