

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,  
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS !

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.

Sollten Ihnen etwas unverständlich sein, haben wir die Möglichkeit, dies während der ärztlichen Behandlung zu klären.

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

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

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

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

Pflegegrad: nein/ ja: \_\_\_\_\_

Ergänzungen:

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

nein

Medikamentenname: \_\_\_\_\_ wie oft am Tag: \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_ wie oft am Tag: \_\_\_\_\_

Medikamentenname: \_\_\_\_\_ wie oft am Tag: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon einmal eine Operation?**

nein

Jahr: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie diese Erkrankungen?**  
(zutreffendes bitte ankreuzen & unterstreichen):

- Herz:  
-schwäche, Kranzgefäßverengung, Infarkt, Rhythmusstörung, Herzschrittmacher, Herzklappenerkrankung
  - Erhöhte (r) Bluthochdruck/ Blutfettwerte, Diabetes mellitus, Gicht
  - Gefäße: Schaufensterkrankheit, Schlaganfall, Thrombose, Lungenembolie, Aneurysma
  - Krampfanfälle/ Schwindel
  - Asthma bronchiale/ COPD
  - Magen/ Speiseröhre: saures Aufstoßen, Schluckstörung
  - Darm: entzündliche Darmerkrankungen, Reizdarm, Hernien
  - Nieren/ Blase: häufige Blasenentzündungen, Steinleiden, Dialyse
  - Leber: Hepatitis, Fettleber, Galle: Gallensteine
  - Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Knoten
  - Gelenke: Arthrose, Prothesen
  - Rheuma
  - Wirbelsäule: Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Gefühlsstörungen
  - Osteoporose
  - Haut: Neurodermitis, Melanom, weißer Hautkrebs
  - Psyche: Depression, Angst-, Schlaf-, Belastungsstörung, Stress
  - Schmerzen, wo: \_\_\_\_\_
  - Allergien, wogegen: \_\_\_\_\_
  - Blutungsneigung: Zahnfleischbluten, starke Menstruation, blaue Flecke
  - Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs) bei nahen Verwandten, bei wem?*
- 
- Wichtiges/Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Vorsorgeuntersuchungen?**  
(zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen):

Nein

- Gesundheitsvorsorge, letztmals: \_\_\_\_\_
- Darmspiegelung/ Test auf Blut im Stuhl, letztmals: \_\_\_\_\_
- Hautkrebsscreening, letztmals: \_\_\_\_\_
- Gynäkologische/ urologische Vorsorge, letztmals: \_\_\_\_\_
- Mammographie, letztmals: \_\_\_\_\_
- Bauchaorta Ultraschall erfolgt am: \_\_\_\_\_
- Organspendeausweis

**Lebensgewohnheiten**  
(zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen):

- Nikotin/ Rauchen: \_\_\_\_\_
- Alkohol: täglich  3-5x/Woche  seltener
- Sport/ Entspannung: \_\_\_\_\_
- Ernährungsweise (Mischkost, vegetarisch, vegan...): \_\_\_\_\_
- Größe/ Gewicht: \_\_\_\_\_

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!