

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns gut versorgt fühlen. Hierfür benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankengeschichte. Damit ersparen Sie sich und uns wertvolle Zeit, und Sie ermöglichen es uns, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Diese Daten dienen nur dem internen Gebrauch.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobilnummer: _____

Anschrift: _____

Beruf/aktuelle Arbeit: _____

Familienstand: _____ Nationalität: _____

Privatversicherung: _____

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern ja/ nein

Mumps ja/ nein

Röteln ja/ nein

Scharlach ja/ nein

Windpocken ja/ nein

Keuchhusten ja/ nein

Welche Operationen hatten Sie bisher?

Wann?

Haben sie eine gynäkologische oder urologische (z.B. Nieren, Blase, Prostata) Erkrankung?

Welche: _____ seit wann?

Bei Frauen: Wie viele Schwangerschaften hatten ____/ Kinder haben Sie? ____

Haben Sie neurologische (z.B. Epilepsie) oder psychische (z.B. Depressionen) Erkrankungen? ja nein

Welche? _____ seit wann? _____

Haben Sie bereits Tumore/ Krebs gehabt? ja nein

Welche? _____ wann? _____

Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems? **(seit) wann?**

Bluthochdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzmuskelschwäche	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
KHK	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Ballondilatation/ Stent/ Bypass	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzklappenfehler	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Schlaganfall	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

... Erkrankungen der Lunge?

Asthma bronchiale	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Chronische Bronchitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungenentzündung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungenembolie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungentuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

... Erkrankungen der Bauchorgane?

Magen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Darm	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Leber	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Gallenblase	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Bauchspeicheldrüse	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Hämorrhoiden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

... Stoffwechselerkrankungen?

Schilddrüse	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Gichtkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Sonstige?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

... Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen?

Sportverletzungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Unfälle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Arthrose (Verschleiß)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Sonstige?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

... Augenerkrankungen?

Glaukom	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Grauer Star	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Sonstige	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

Aktuelle Medikamente (inklusive Naturheilmitteln oder freikäuflichen Präparaten):

Medikament:	Einnahme:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Leiden Sie an Allergien? ja/ nein

Falls ja, welche? _____

Gab oder gibt es in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) besondere/ wichtige Erkrankungen?
ja nein

Falls ja, welche? _____

Sind Sie Brillenträger? ja/ nein

Rauchen Sie?

ja nein falls ja, wie viele Zigaretten ca. pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

ja nein falls ja, manchmal, selten häufig

Haben Sie einen Impfpass? ja/ nein

Sind bei Ihnen alle Impfungen vollständig, insbesondere gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) und Diphtherie? ja nein ich weiß nicht

Wann und wogegen war Ihre letzte Impfung? _____

Wir erinnern Sie gern an wichtige Termine (z.B. Impfungen, Kontrolluntersuchungen, Gesundheitsvorsorge-/ Früherkennungsuntersuchungen).

Wünschen Sie in unseren Erinnerungsservice aufgenommen zu werden? Diesen Service können Sie jederzeit ohne Angeben von Gründen widerrufen.

ja nein

Datum:

Unterschrift:

Danke für Ihre Angaben!

Informationsweitergabe an Angehörige

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Information an die folgenden Angehörigen weiter gibt, sofern deren Identität festgestellt wurde.

Das gilt auch für telefonische Anfragen.

- Name des Angehörigen :

- Telefonnummer:

- Geburtsdatum oder Adresse:

Patient Name Vorname Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Patient