



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich in unserer Praxis neu angemeldet. Damit wir Sie individuell beraten können und wir uns ein genaues Bild über Ihre Erkrankungen machen können, bitten wir Sie, diesen Bogen vorab sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Ihre Betreuung so effektiv und so angenehm wie möglich für Sie zu gestalten. Ihr behandelnder Arzt wird Sie darüber hinaus über einige besondere Punkte Ihrer Krankengeschichte detaillierter befragen. Es ist uns insbesondere wichtig, dass Sie über alle Befunde und Maßnahmen genau informiert sind. Sollten Sie etwas nicht richtig verstehen oder weitere Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, diese Ihrem Arzt zu stellen.

Wir stehen Ihnen gern für Fragen zur Verfügung und bedanken uns für Ihre Bemühungen.
 Ihr Praxisteam

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____ Männlich Weiblich

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Familienstand: _____ Beruf: _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja Pflegestufe: _____

Nächster Angehöriger, der Auskunft berechtigt sein und im Notfall benachrichtigt werden soll:

Name, Vorname, Telefon: _____

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden (bzw. den Grund Ihrer Vorstellung bei uns):

Ihre Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
HIV	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Gallenblasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja*	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

*Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Gelenkbeschwerden Nein Ja
 Rückenleiden Nein Ja

Allergien/Unverträglichkeiten: Penicillin Nein Ja
 Kontrastmittel Nein Ja
 Andere* Nein Ja

*Wenn ja, welche? _____

Familienanamnese (Groß-/Eltern, Geschwister, Kinder):

Herzinfarkt Nein Ja Gerinnungsstörung Nein Ja
 Schlaganfall Nein Ja Krebserkrankung Nein Ja*

*Welche? _____

Andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Medikament	Wie oft?	Seit wann?

Wurden Sie bereits schon einmal operiert?

Krankenhaus	Erkrankung	Wann?

Wann waren die letzten Gesundheitsuntersuchungen?

Vorsorge: _____ Mammographie: _____ Darmspiegelung: _____

Bisherige Untersuchungen/Behandlung im Rahmen der aktuellen Erkrankung:

(Röntgen, CT, MRT, Sonografie/Ultraschall o. a.)

Art der Untersuchung	Praxis / Krankenhaus	Wann?

 Datum, Unterschrift Patient/in