



Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Liebe Patientin, lieber Patient,
Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Sie bestens und allumfassend behandeln und beraten zu können, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns die nachfolgenden Fragen beantworten könnten.

Die Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht.

Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Asthma, chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten, z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris/ Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Rauchen Sie?		Wenn ja, wie viel?	
Ja	<input type="checkbox"/>	Zigaretten/ Tag	
Nein	<input type="checkbox"/>		
Konsumieren Sie Alkohol?		Wenn ja, was und wie viel?	
Nein	<input type="checkbox"/>	Was: Gläser/ Tag:	
gelegentlich	<input type="checkbox"/>		
regelmäßig	<input type="checkbox"/>		



Name des Patienten:	Geburtsdatum:
----------------------------	----------------------

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente inkl. Dosierung und Einnahme (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1. Einnahme:	
		2. Einnahme:	
		3. Einnahme:	
		4. Einnahme:	
		5. Einnahme:	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie bitte auf, welche Medikamente Sie nicht vertragen:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Bitte (sofern möglich) Zeitpunkt des Eingriffs hinzufügen.?			
1.		3.	
2.		4.	
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum, Unterschrift