

Patienten-Nr. _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
willkommen in unserer Praxis.

Um Sie optimal zu versorgen, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Krankengeschichte. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Unsere Mitarbeiter sind bei Fragen gerne behilflich. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Hausarzt _____ Datum: _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____/Hausnummer _____

PLZ _____, Wohnort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (dienstl.) _____

E-Mail _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Sind Vorerkrankungen bekannt ?

Bluthochdruck	ja _	nein _
Herzkrankheit/Herzrythmusstörungen	ja _	nein _
Diabetes /Blutzuckerkrankheit	ja _	nein _
Magen/Darmerkrankung	ja _	nein _
Krebs/Tumorerkrankung	ja _	nein _
Nierenerkrankung	ja _	nein _
Fettstoffwechselstörung	ja _	nein _
Gicht/Harnsäurestoffwechselstörung	ja _	nein _
Gelenkerkrankung/Rheuma	ja _	nein _
Hautkrankheit	ja _	nein _
Immunschwäche/HIV	ja _	nein _
Grüner Star	ja_	nein_
Lebererkrankungen/Hepatitis/ Erkrankungen der Gallenblase	ja _	nein _
Prostatavergrößerung	ja_	nein_
Asthma/Chronische Bronchitis	ja _	nein _

Wurden Operationen durchgeführt? ja _ nein _

Wenn ja, welche und wann (soweit bekannt) (z.B. Entfernung der Gaumenmandeln, Blinddarmentfernung, Gallenblasenentfernung, Gynäkologische Operationen, chirurgische Versorgung von Frakturen)

Erkrankungen in der Familie

Bluthochdruck	ja _	nein _
Fettstoffwechsel	ja _	nein _
Diabetes/Blutzuckerkrankheit	ja _	nein _
Asthma	ja _	nein _
Herzinfarkt	ja _	nein _
Krebs	ja _	nein _

Bitte bringen Sie evtl. vorhandene Röntgen/CT oder MRT Befunde mit.

Danke, dass Sie sich für die Beantwortung Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam

	Erstellt / Funktion	Geprüft und Freigegeben:
Name:	PS/ QMB (PM)	PS
Datum:	25.02.2013	