

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 _

Tuberkulose	ja _	nein _
Psychische Erkrankungen	ja _	nein _
Anfallsleiden/Epilepsie	ja _	nein _
Blutgerinnungsstörung	ja _	nein _
Schilddrüsenerkrankung	ja _	nein _
Gynäkologische Erkrankungen	ja _	nein _
Frakturen	ja _	nein _

Sexuell übertragbare Krankheiten

(z.B. HIV, Syphilis, Gonorrhoe) ja _ nein _

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? ja _ nein _

Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft? ja _ nein _
 Geburten? ja _ nein _
 Wann? _____
 Antibabypille? ja _ nein _

Vegetative Anamnese

Durst	Normal(1-1.5Liter/Tag)_	Vermehrt_	Verringert_
Appetit	Normal_	Vermehrt_	Verringert_
Stuhlgang	Normal	ja_	nein_
Wenn nicht:	Durchfall_	Verstopfung_	
Wasserlassen	Normal_	Vermehrt_	Verringert_
"Brennen" _	Startschwierigkeiten_	Nachts öfter als 1-2mal_	

Nachschweiß ja_ nein_
 Gewicht konstant ja_ nein_
 Abnahme_ Zunahme_ von _____ Kilogramm in _____ Monaten

Zigaretten ja_ nein_ Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Alkohol ja_ nein_ Wenn ja, täglich_ ab und zu_

Bekannte Allergien

Pollen	ja_	nein_	Tierhaare	ja_	nein_
Hausstaub	ja_	nein_			
Metalle	ja_	nein_			
Medikamente	ja_	nein_	andere	_____	

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	