

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen eine umfassende Betreuung anbieten. Dazu brauchen wir viele Informationen, die uns helfen, Ihre Erkrankung besser zu verstehen und behandeln zu können. Darüber hinaus erhöhen diese Informationen auch die Sicherheit bei einer evtl. erforderlichen Behandlung. Wir möchten Sie daher um Ihre Mithilfe bitten. Füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Fragen die unklar sind können Sie gerne markieren und im Aufnahmegespräch mit den Doktoren klären. Auch die betreuende Arzthelferin hilft Ihnen gerne. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon/Mobil-Nr.: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Männlich Weiblich

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Staatsangehörigkeit: _____

Aktuelle Beschwerden

Leiden Sie unter irgendwelchen Schmerzen? Nein Ja

Haben Sie Gewicht verloren? Nein Ja ____ kg in ____ Monaten

Was war vor der Erkrankung Ihr Normalgewicht: ____ kg

Haben Sie Luftnot? Nein Ja bei Belastung
in Ruhe

Hatten Sie Nachtschweiß? Nein Ja

Hatten Sie ohne Grund Fieber? Nein Ja

Andere Symptome: _____

Ergänzungen Ärztin/Arzt

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Ihre Vorerkrankungen

- Bluthochdruck Nein Ja
- Zuckerkrankheit Nein Ja
- Erhöhtes Cholesterin Nein Ja
- Erhöhte Harnsäure Nein Ja
- Asthma, Chron. Bronchitis Nein Ja
- Herzschwäche Nein Ja
- Nierenschwäche Nein Ja
- Lebererkrankung Nein Ja
- Blut-/Tumorerkrankung* Nein Ja
- Magen-/Darmerkrankung Nein Ja
- Rheuma, Gelenkbeschwerden Nein Ja
- Schilddrüsenkrankheit Nein Ja
- Psychische Erkrankung Nein Ja

*Wenn ja, welche? _____

Allergien Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen? _____

Hatten Sie bereits

- eine Thrombose o. Lungenembolie? Nein Ja Wann? _____
- einen Herzinfarkt? Nein Ja Wann? _____
- eine Herzkatheter-Untersuchung? Nein Ja
- einen Schlaganfall? Nein Ja
- andere Operationen? Nein Ja

Jahr	Operation

Ergänzungen Ärztin/Arzt

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Familiäre Vorgeschichte

Haben oder hatten Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kinder eine Erkrankung wie z.B. Bluthochdruck, Krebs, Zucker o.a.?

Erkrankung	Welcher Angehöriger?	Erkrankungsalter

Weitere Vorgeschichte

- Haben Sie guten Appetit? Nein Ja
- Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang? Nein Ja
- beim Wasserlassen? Nein Ja
- Rauchen Sie? Nein Ja Wie viele? _____ Seit wann? _____
- Haben Sie früher geraucht? Nein Ja Wie viele? _____
 Vom _____ bis zum _____ Lebensjahr
- Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Täglich Gelegentlich
- Haben Sie Schlafstörungen? Nein Ja

Gynäkologische Vorgeschichte

- Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung? Monat _____ Jahr _____
- Wechseljahres-Beschwerden Nein Ja
- Unregelmäßigkeiten der Regel Nein Ja
- In welchem Alter setzte die Regelblutung aus (Menopause)? _____ Lebensjahr

Medikamente

Haben Sie einen Medikamentenplan? Wenn ja, bitte vorlegen.
 Wenn nein, dann bitte Medikamente, die Sie einnehmen hier eintragen:

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung

Ergänzungen Ärztin/Arzt

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Lebenssituation

Was machen Sie beruflich? _____

Sind Sie verheiratet - verwitwet - allein lebend (Zutreffendes unterstreichen)

Haben Sie Kinder? Nein Ja

Versorgen Sie sich selbst? Nein Ja

Ist die Praxis für Sie gut erreichbar? Nein Ja

Ergänzungen Ärztin/Arzt

Angehörige oder Personen, die persönlich oder telefonisch Auskunft berechtigt sein und im Notfall benachrichtigt werden sollen:

Name, Vorname : _____

Anschrift: _____

Wie erreichbar? _____

Abschließende Fragen

Ist Ihnen Ihre Blutgruppe bekannt oder eine Blutspendeausweis vorhanden

Nein Ja Blutgruppe _____

Anmerkungen von Ihrer Seite

Datum, Unterschrift Patient/in