

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Vor Ihrem Besuch bei uns benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Mit Hilfe dieser Informationen können wir Ihnen noch schnellere und bessere medizinische Unterstützung zukommen lassen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Patient _____
Vorname Name geb. Datum

Adresse _____
Straße PLZ Ort

Telefon _____ Handy _____

Email _____ Hausarzt _____

Möchten sie eine Berichterstattung an Ihren Hausarzt? ja nein

Allgemein

Körpergröße _____ Körpergewicht _____ Rauchen Sie ja nein

Beruf _____ Treiben Sie Sport (welchen)? _____

Aus welchem Grund suchen Sie unsere Praxis auf? _____

Wurden Sie schon operiert, wenn ja was wurde operiert? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein, wenn ja welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Marcumar Pradaxa Xarelto Plavix Iscover ASS Sontige _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Bluthochdruck Thrombose Diabetes Asthma COPD
 Schlaganfall Herzinfarkt Lebererkrankung HIV Gicht
 Schilddrüse Krampfanfälle Gemütskrankheiten Rheuma Hepatitis
 Krebserkrankungen Magenerkrankung Nierenerkrankung Blutungsneigung/Gerinnungsstörung

sonstige chronische Erkrankungen? _____

Allergien, wenn ja welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wurde in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen/MRT/CT gemacht, wenn ja von was?
