



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch uns ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen. Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, Sie besser behandeln zu können. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon-Nummer: _____ Handy: _____

Mail-Adresse: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Früher / derzeit ausgeübter Beruf / Tätigkeit: _____

Sport nie selten ca. 30min / Wo. 1-2h / Wo. > 2h / Wo.

Nikotin Nichtraucher Ex-Raucher, seit ____ (früher __ Zig./Tag über __ Jahre)

Raucher, Menge zur Zeit: _____ Zig./Tag; Rauchen über _____ Jahre

Alkohol nein ja wenn ja, wieviel (pro Tag bzw. pro Woche): _____

Erkrankungen i.d. Familie: Herzinfarkt Schlaganfall Krebsleiden Diabetes

Bluthochdruck Asthma/COPD Allergien Sonstiges: _____

Eigene Krankheiten / auch frühere Erkrankungen / Untersuchungen

(ankreuzen und hinter der Diagnose die Jahreszahl vermerken, wann die Erkrankung bekannt wurde)

Herz/Kreislauf: Angina pectoris / KHK Herzinfarkt Bluthochdruck
 Herzschwäche Schlaganfall Herzschrittmacher
 Durchblutungsstörungen der Beine

Stoffwechsel hohes Cholesterin Diabetes mellitus Gicht

Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion Radio-Iod-Therapie

Lunge chron. Husten Asthma COPD
 Lungenentzündung Tuberkulose Lungenembolie

Magen/Darm Sodbrennen Magengeschwür Magenspiegelung
 chron. entzündliche Darmerkrankung Darmspiegelung
 Darmpolypen künstlicher Darmausgang

Leber/Galle Gallensteine Gelbsucht Hepatitis A / B / C

Bauchspeicheldrüse Fettleber / Leberzirrhose Bauchspeicheldrüsen-Entzündung

Niere Nierensteine erhöhte Nierenwerte Dialyse

Blase/Prostata Blasenschwäche rezidiv. Harnwegsinfekte Prostatavergrößerung

- Gelenke / WS** Arthrose (Knie / Hüfte) Rheuma Osteoporose
 Wirbelsäulenbeschwerden Bandscheibenvorfall
- Augen** Grauer / Grüner Star Sehschwäche / Brille Lasertherapie
- Haut** Ekzem/Neurodermitis Schuppenflechte Hautpilz-Erkrankungen
- Allergien** Nahrungsmittel Heuschnupfen Laktoseintoleranz
 Kontrastmittel Pflasterallergie Medikamente (welche?)

Tumor / Krebserkrankungen: _____

Sonstiges: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Krebsvorsorge (wenn erfolgt, bitte ankreuzen mit Jahreszahl wann erfolgt):

- Darmspiegelung (ggf. Jahr _____) Frauenarzt (+ / - Mammographie)
 Magenspiegelung (ggf. Jahr _____) Urologe Hautscreening

Stattgehabte Operationen (z.B. Blinddarm, Mandeln, Gallenblase, Schilddrüse, Herz-OP, Hüft-TEP...):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja, _____ % GdB

Haben Sie einen Impfausweis? Nein Ja (wenn ja, bitte unbedingt mitbringen!)

Medikamente (wenn kein Medikamentenplan vorhanden, tragen Sie bitte Ihre Medikamente in die folgende Tabelle ein)

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Haben sie **Familienangehörige** in der Praxis? Nein Ja

Wenn ja, wer? _____

Bei welchem Arzt / Ärztin waren Sie früher in Behandlung?

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam