

Eigene Erkrankungen / Operationen:

- Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Herzrhythmusstörung
 Nierenschwäche Thrombose Lungenembolie Blutgerinnungsstörung
 Grauer Star Grüner Star Schilddrüse Lebererkrankung
 psychische Erkrankung(en): _____
 andere: _____
 Infektionskrankheiten: _____
 Krebserkrankung(en): _____
 Operationen: Schilddrüse Blinddarm Gallenblase
 andere: _____

Welche Fachärzte besuchen sie regelmäßig?

- Kardiologe Orthopäde Nephrologie Endokrinologe
 Diabetologie Augenarzt Urologe Gynäkologe
 andere _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein?

	Präparat	Dosis		Präparat	Dosis
1			5		
2			6		
3			7		
4			9		
5			10		

Kinderkrankheiten:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Masern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Windpocken/Feuchtblattern/Wasserpocken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Keuchhusten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mumps/Ziegenpeter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Scharlach | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Röteln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Vorsorge:

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Ja Nein

Bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit!

Letzte Vorsorge-Untersuchung (Check Up 35 o.ä.)? _____

Letzte Hautkrebs-Vorsorge? _____

Letzte Darmkrebs-Vorsorge? _____

Letzte Prostatakrebs-Vorsorge (falls zutreffend)? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Sportart(en): _____ h / Wo.

Familiäre Erkrankungen (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante):

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____

Blutzuckerkrankheit ja bei wem? _____

Schlaganfall ja bei wem? _____

Krebserkrankung ja bei wem? _____

Welche Art? _____

(Wenn möglich, bitte immer das Alter bei Erkrankungsbeginn angeben!)

Nikotin / Alkohol:

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie mal regelmäßig geraucht? Ja Nein

Wenn ja, wie viel? _____ Zigaretten / Pfeifen / Zigarren pro Tag über/ seit _____ Jahre(n)

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, Bier: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Wein: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Spirituosen: täglich wöchentlich gelegentlich Menge: _____

Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein

Haben Sie Drogen konsumiert? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie Sie behandelt werden möchten:

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Uns interessiert es, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

- Überweisung Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Internet Empfehlung von: _____
- Sonstiges: _____

Information

Unsere Praxis plant zukünftig die Einführung eines Recall-Systems. Wünschen Sie in diesem Rahmen über Vorsorgetermine, anstehende Impfungen und Neuigkeiten zur Praxis (z.B. geänderte Öffnungszeiten, Urlaub, Gesundheitsangebote etc.) informiert zu werden?

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| via Email | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Daum, Unterschrift: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam