

Lieber Patient, liebe Patientin,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen so genau wie möglich. Alle Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____ Telefon: _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

.....
.....

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Nein Ja, welche? "Pille"

.....
.....

Sind folgende Erkrankungen **in Ihrer Familie** bekannt? (bitte ankreuzen)

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> | Schlaganfall | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> | sonstige Herzerkrankungen | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> |
| Thrombose | <input type="radio"/> | Krebserkrankungen | <input type="radio"/> |
| Hauterkrankungen | <input type="radio"/> | Osteoporose | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | Schilddrüsenenerkrankungen | <input type="radio"/> |
| psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> | Demenz | <input type="radio"/> |

sonstiges:

Leiden Sie an Allergien? Nein Ja

Wenn ja, welche:

Waren Sie bereits bei einer Darmspiegelung? Ja, Jahr Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Liegt ein Pflegegrad oder ein GdB vor? Ja Welcher Grad? Nein

Vielen Dank