

Liebe Patientin,

bitte nutzen Sie die Wartezeit, um folgende Fragen zu beantworten. Sie dienen zur Klärung Ihrer Vorgeschichte und Ihres Beschwerde- bzw. Krankheitsbildes und erleichtern uns das anschließende Gespräch.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Email: .....

Name: .....

Vorname: .....

geb.: .....

Familienstand: .....

Telefon tagsüber: .....

Handy: .....

Berufstätigkeit bzw. Ausbildung / Schule: .....

FAMILIE: leidet jemand aus Ihrer Familie an einer besonderen Erkrankung (z. B. Krebs, Diabetes, Thrombose, Herzinfarkt, Bluthochdruck, ...)?

.....

.....

EIGENE ALLGEMEINE KRANKENGESCHICHTE:

Größe: .....

Gewicht: .....

Rauchen:            nein o            ;            ja o            →            wie viel: .....

Thrombose:        nein o            ;            ja o

Allergie:            nein o            ;            ja o            →            welche: .....

Krebserkrankung: nein o            ;            ja o            →            welche: .....

Weitere Erkrankungen (z. B. an den inneren Organen, Bluthochdruck, Diabetes, Epilepsie, ...)?

nein o            ;            ja o            →            welche: .....

Medikamente:     nein o            ;            ja o            →            welche: .....

.....

Allgem. Operationen: nein o            ;            ja o            →            welche: .....

.....

Kinderkrankheiten: .....

Impfungen gegen: .....

Möchten Sie das wir Ihren Impfschutz überprüfen und ggf. vervollständigen? Dann bringen Sie bitte nächstes Mal Ihren Impfpass mit. Wenn Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns an.

