

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre medizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Sie können sich jederzeit an uns wenden, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Patientendaten

Name	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Titel	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	Kinder	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Pflegegrad	<input type="text"/>
Straße . Hausnummer	<input type="text"/>	Hilfsmittel	<input type="text"/>
PLZ . Ort	<input type="text"/>	Patientenverfügung	<input type="text"/>
Telefon privat	<input type="text"/>	Vorsorgevollmacht	<input type="text"/>
Telefon mobil	<input type="text"/>	Notfallkontakt	<input type="text"/>
Telefon dienstlich	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		

Versichertendaten

Krankenkasse	<input type="text"/>	<input type="radio"/> GKV	<input type="radio"/> PKV
Versichert als	<input type="radio"/> Familienmitglied <input type="radio"/> Mitglied	<input type="radio"/> Rentner	<input type="radio"/> sonstiges:
Versicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)			
Name	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		

GESUNDHEITSFragen

Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten sie. Wenn Sie Fragen haben - wir helfen Ihnen gern.

HERZ . KREISLAUF

	ja	nein
Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen / pAVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutfettwerterhöhung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LUNGE . ATEMWEGE

	ja	nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Lungenerkrankung		

MAGEN . DARM . LEBER

	ja	nein
Magengeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

STOFFWECHSEL

	ja	nein
Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insulinpflichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gicht (erhöhte Harnsäure)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsen <u>überfunktion</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsen <u>unterfunktion</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Schilddrüsenerkrankung		

NIERE . PROSTATA

	ja	nein
Prostatavergrößerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierensteine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Nierenerkrankung		

AUGEN . OHREN

	ja	nein
Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brillenträger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörgeräte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges		

KNOCHEN . SKELETT

	ja	nein
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirbelsäulen-/ Rückenleiden		

GEHIRN . NERVEN . GEMÜT

	ja	nein
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morbus Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polyneuropathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges		

ALLERGIEN

	ja	nein
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NIKOTIN . ALKOHOL

ja nein

Rauchen Sie?

Frequenz & Menge

Alkohol

Frequenz & Menge

Andere Drogen?

SONSTIGES

ja nein

Infektionskrankheiten

Krebserkrankung?

Thrombose

Gewicht

Größe

OPERATIONEN?

Welche

wann

wo

Welche	wann	wo

MITBEHANDELNDE ÄRZTE

Name

Fachrichtung

Name	Fachrichtung

MEDIKAMENTE

auch selbstgekaufte und Nahrungsergänzungsmittel

Handelsname/Wirkstoff

Dosis

morgens

mittags

abends

von wem?

Handelsname/Wirkstoff	Dosis	morgens	mittags	abends	von wem?