

Liebe Patientin, lieber Patient,

sie sind heute zum ersten Mal in unserer Praxis.

Damit wir Ihre Krankengeschichte umfangreich erfassen können und Sie damit auch besser betreuen können, bitten wir Sie, nachstehende Fragen kurz zu beantworten. Im Voraus schon herzlichen Dank.

Ihr Praxisteam Dr. B. Bosch und Dr. B. Hummel

Ihr Name und Vorname:

Ihr Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Nummer/Handy:

e-mail:

1) Liegt bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: | |

2) Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- | Medikamentenname | Dosierung (morgens-mittags-abends) |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

**3) Sind bei Ihren Eltern oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?
z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte,
Nierenerkrankungen oder Tumorerkrankungen:**

4) Bestehen bei Ihnen Allergien?

Wenn ja welche?

5) Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol?

6) Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Art der Operation und Jahresangabe (ca.) erbeten:

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen.