

Sehr geehrte/r Patient/in,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüßen. Die folgenden Angaben helfen uns, Sie optimal zu betreuen. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen aus, korrigieren und ergänzen Sie ggf. die aufgedruckten Angaben. Sollten Sie Fragen haben, sind wir Ihnen gerne behilflich.

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Fax: _____

Hausarzt: _____

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Name der Krankenversicherung: _____

ggf.: Basistarif Nein Ja

Zusatzversicherung für stationäre Behandlung vorhanden? Nein Ja 1 Bett 2 Bett

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anmerkung
					z.B. umgestellt von

Bitte achten Sie auf eine exakte Angabe der Medikation und Angabe der Dosierung in Milligramm (mg). Dies ist erforderlich, um Sie korrekt zu behandeln.

Falls erforderlich, können Sie Ihren Hausarzt von unserer Praxis aus anrufen.

Vorerkrankungen	Nein	Ja	Wenn ja, wann bzw. welche?
Allergie/Medikamentenunverträglichkeit			
Schlaganfall			
Schilddrüsenerkrankung			
Lungenerkrankungen			
Magen/Darmerkrankung			
Leber/Galle			
Nierenerkrankung			
Hepatitis/Gelbsucht/Leberentzündung			
Operationen in der Vorgeschichte			
Wurde bei Ihnen ein HIV-Test gemacht?			

Bitte wenden

Vorerkrankungen am Herzen:	Nein	Ja	Wann	Wo
Herzinfarkt				
Herzkatheter/Stentimplantation				
Myokardszintigraphie bereits erfolgt				
Herzoperation				
Herzklappenerkrankungen			Welche:	
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator?				
Herzrhythmusstörungen/Herzstolpern			Wann treten diese auf?	
Vorhofflimmern			Seit wann bekannt?	
Kardioversion (en)				
EPU (elektrophysiol. Untersuchung) / Ablation				
Herzinfarkt bei Blutsverwandten?			Nicht bekannt	Wer? In welchem Lebensjahr?
Rauchen Sie?			Wenn ja, seit wann?: _____	Wenn ja, wieviel Zigaretten am Tag? _____
Haben Sie geraucht?			Wenn ja, von: _____ bis: _____	Wenn ja, wieviel Zigaretten am Tag?
Diabetes mellitus			Bekannt seit:	
Erhöhte Blutfette			Unklar:	Bitte geben Sie die Höhe des Cholesterinwerts an:
Bluthochdruck			Bekannt seit:	Höchster Blutdruckwert: _____ / _____ mmHg
Was führt Sie heute in unsere Praxis?				
	Kontrolle/Vorsorge/Check up			
	der Hausarzt hat etwas festgestellt und zwar _____			
	Es hat sich etwas ereignet und zwar _____			
	Beschwerden und zwar _____ seit _____			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person und Versicherungsstatus.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Sollten Sie mit unserer Praxis via Email kommunizieren wollen bitten wir Sie dies hier zu bestätigen:

<input type="checkbox"/>	Ich wünsche keine Information/Befunde via Email
<input type="checkbox"/>	Ich wünsche ausdrücklich, dass mir im Einzelfall nach Rücksprache mit dem Arzt Berichte als ungesicherte Email zugesandt werden, an: _____@_____

Diese Erklärung kann von mir jederzeit schriftlich oder per Email widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass eine Kommunikation mit Email unter Umständen von Fremden eingesehen werden kann und ungesichert erfolgt.

Datum: _____

Unterschrift: _____