



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch uns ist die Kenntnis Ihrer Krankenvorgeschichte sehr wichtig. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen. Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, Sie besser behandeln zu können. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Früher / derzeit ausgeübter Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Sport**       nie       selten       ca. 30min / Wo.       1-2h / Wo.       > 2h / Wo.

**Nikotin**       Nichtraucher       Ex-Raucher, seit \_\_\_\_\_ (früher \_\_ Zig./Tag über \_\_ Jahre)

Raucher, Menge zur Zeit: \_\_\_\_\_ Zig./Tag; Rauchen über \_\_\_\_\_ Jahre

**Alkohol**       nein       ja      wenn ja, wieviel (pro Tag bzw. pro Woche): \_\_\_\_\_

**Erkrankungen i.d. Familie:**       Herzinfarkt       Schlaganfall       Krebsleiden       Diabetes

Bluthochdruck       Asthma/COPD       Allergien       Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Eigene Krankheiten / auch frühere Erkrankungen / Untersuchungen

(ankreuzen und hinter der Diagnose die Jahreszahl vermerken, wann die Erkrankung bekannt wurde)

**Herz/Kreislauf:**       Angina pectoris / KHK       Herzinfarkt       Bluthochdruck  
 Herzschwäche       Schlaganfall       Herzschrittmacher  
 Durchblutungsstörungen der Beine

**Stoffwechsel**       hohes Cholesterin       Diabetes mellitus       Gicht

**Schilddrüse**       Überfunktion       Unterfunktion       Radio-Iod-Therapie

**Lunge**       chron. Husten       Asthma       COPD  
 Lungenentzündung       Tuberkulose       Lungenembolie

**Magen/Darm**       Sodbrennen       Magengeschwür       Magenspiegelung  
 chron. entzündliche Darmerkrankung       Darmspiegelung  
 Darmpolypen       künstlicher Darmausgang

**Leber/Galle**       Gallensteine       Gelbsucht       Hepatitis A / B / C

**Bauchspeicheldrüse**       Fettleber / Leberzirrhose       Bauchspeicheldrüsen-Entzündung

**Niere**       Nierensteine       erhöhte Nierenwerte       Dialyse

**Blase/Prostata**       Blasenschwäche       Harnwegsinfekte       Prostatavergrößerung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Gelenke / WS**

- Arthrose (Knie / Hüfte)       Rheuma       Osteoporose  
 Wirbelsäulenbeschwerden       Bandscheibenvorfall

**Augen**

- Grauer / Grüner Star       Sehschwäche / Brille       Lasertherapie

**Haut**

- Ekzem/Neurodermitis       Schuppenflechte       Hautpilz-Erkrankungen

**Allergien**

- Nahrungsmittel       Heuschnupfen       Laktoseintoleranz  
 Kontrastmittel       Pflasterallergie       Medikamente (welche?)

**Tumor / Krebserkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**      1. \_\_\_\_\_      2. \_\_\_\_\_      3. \_\_\_\_\_

**Krebsvorsorge** (wenn erfolgt, bitte ankreuzen mit Jahreszahl wann erfolgt):

- Darmspiegelung       Frauenarzt (+ / - Mammographie)       Urologe

**Stattgehabte Operationen** (z.B. Blinddarm, Mandeln, Gallenblase, Schilddrüse, Herz-OP, Hüft-TEP...):

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**       Nein       Ja, \_\_\_\_\_ % GdB

**Haben Sie einen Impfausweis?**       Nein       Ja (wenn ja, bitte unbedingt mitbringen!)

**Medikamente** (wenn kein Medikamentenplan vorhanden, tragen Sie bitte Ihre Medikamente in die folgende Tabelle ein)

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

**Bei welchem Arzt / Ärztin waren Sie früher in Behandlung?**

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam