

01 ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenversicherung: _____

Telefon, tagsüber: _____

02 FRAGEN

02.1 | Wie lautet der Name und die Anschrift Ihrer Hausärztin bzw. Ihres Hausarztes?

02.2 | Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

02.3 | Gibt es aktuelle Röntgenbilder oder Ergebnisse von Blutuntersuchungen von Ihnen? Wer hat sie erstellt?

02.4 | Welche Operationen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt und wann?

02.5 | Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche? (Bitte genaue Angaben hierzu)



02 FRAGEN, FORTSETZUNG

02.6 | Haben Sie Allergien?

02.7 | Leiden Sie unter einer oder mehrerer folgender Erkrankungen?

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen

Herz-Kreislaufkrankungen z.B. Herzinfarkt/Schrittmacher	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Bluthochdruck /Schlaganfall	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Sind Sie HIV positiv	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Haben Sie Hepatitis A, B oder C	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Lungenerkrankungen z.B. TBC	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Asthma	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Neurologischen Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Seelische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Diabetes Typ 1 oder Typ 2	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Krebserkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Haut- und/oder Geschlechtserkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Körperliche Behinderungen oder Lähmungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Erkrankungen des Verdauungssystems	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Rheumatische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit
Erkrankungen des Bewegungsapparates	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Seit

Sonstiges

Datum, Unterschrift
