

Anmeldung mit Fragen zur Krankheitsgeschichte

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.am:** _____

Anschrift: _____ **Tel.:** _____

Beruf: _____ **Arbeitgeber:** _____

Sehr geehrter Patient! Die nachfolgenden Fragen dienen zur Klärung Ihres Krankheitsbildes und werden zu Ihrer persönlichen Kartei beigefügt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eine gewissenhafte und vollständige Beantwortung sollte in Ihrem eigenen Interesse liegen.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende an.

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

	ja	nein	weiß nicht
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung ?			
Behandelnder Arzt ?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?			
Wenn ja, welche?			
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?			
	ja	nein	weiß nicht
Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, anderweitige Erkrankungen des Herzens			
Kreislaufstörungen			
Hoher/ niedriger Blutdruck			
Ohnmachtsneigungen			
Neigung zu Venenentzündungen			
Diabetes			
Schilddrüsenerkrankung			
Rheuma oder Gicht			
Gelbsucht (Hepatitis)			
Tuberkulose			
Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper, HIV (Aids) usw.)			
Blutkrankheiten (Eisenmangel, Gerinnungsstörung usw.)			
Erkrankungen des Magen- Darm- Traktes(Gastritis, Geschwür)			
Erkrankungen des Atemwege oder der Lunge			
Erkrankungen der Leber, Galle, Niere, Blase			
Erkrankungen der Nerven			
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, gegen Penicillin)			
Kinderkrankheiten (Mumps, Masern, etc.)			
Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen usw.)			
Erkrankungen der Wirbelsäule oder Gelenke			
Knochenbrüche, Unfälle			
Krebserkrankungen			
Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Hörgerät?			
Hatten Sie schon einmal eine Strahlenbehandlung?			
Nur für Frauen: Sind Sie schwanger - (welcher Monat?)			
Hatten Sie eine Unterleibs-Operation?			

Um einen reibungslosen Ablauf im Praxisbetrieb zu gewähren, ist es unabdingbar, dass Termine eingehalten werden. Terminabsagen bitte mindestens 24 Stunden im voraus. Bei Nichterscheinen muss eine Ausfallgebühr von€ erhoben werden.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____