
Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir bitten Sie, uns einige Fragen vorab zu beantworten.
Selbstverständlich werden Ihre Angaben – wie auch im persönlichen Kontakt –
vertraulich behandelt.

Name · Vorname

Geb.-Datum

Telefon

Adresse

Hausarzt

▶ Welche **Beschwerden** führen Sie zu uns?

▶ Leiden Sie an einer der folgenden **Erkrankungen**? Bitte ankreuzen:

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | |

▶ Haben Sie **sonstige Erkrankungen**? Wenn ja, welche?



► Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

- Nein
- Ja, und zwar?

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

► Besuchen Sie noch **weitere Ärzte**?

- Nein
- Ja, wen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

► Bestehen **Allergien/Medikamenten-unverträglichkeiten**?

- Nein
- Ja, und zwar?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

► **Rauchen** Sie?

- Nein
- Ja

► Wie oft trinken Sie **Alkohol**?

- regelmäßig
- manchmal
- nie

► Was sind Sie von **Beruf**?

► Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt oder andere Sie behandelnde Ärzte von uns einen **Arztbericht** zugestellt bekommen?

- Nein
- Ja

Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Ärzte, die einen Bericht erhalten sollen.
(Name/Ort der Praxis).

1. _____
2. _____

Mülheim/Ruhr, den _____

Unterschrift _____