

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie höflich, folgenden Bogen auszufüllen. Er enthält einige wichtige Fragen, über die wir später auch sprechen werden.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsname: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	Handy: _____
Hausarzt: _____	Frauenarzt: _____
Beruf: _____	

Folgende gesundheitlichen Probleme und Risiken wurden bei mir festgestellt (bitte ankreuzen):

ich rauche/rauchte Ja, (Anzahl) Zigaretten pro Tag seit
 Rauchen beendet seit
 Nein

Fettstoffwechselstörung (z.B. hohes Cholesterin).....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Zuckerkrankheit (Diabetes).....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Bluthochdruck (Hypertonie).....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Lungen-/Bronchienerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Thrombosen / Embolien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, blutende Magen- Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
andere wichtige Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt

Frühere Operationen: _____

Mein aktuelles Gewicht:kg, Körpergröße:.....cm

Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit (Medikamente usw.)?

- keine ja, auf: _____
- ich nehme zurzeit keine Medikamente**
- ich nehme zurzeit folgende Medikamente:**
 (Bitte geben Sie auch Augentropfen, Medikamentenpflaster, Spritzen usw. an! Auch diese könnten wichtig sein.)

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends

Ort, Datum

Unterschrift Patient