

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie entsprechend Ihrer Beschwerden kennenzulernen, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Nehmen Sie sich in Ruhe Zeit, diese Fragen zu beantworten. Sollten Sie Hilfe benötigen hilft Ihnen unser Personal weiter.

Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. **Bitte geben Sie ggf. Arztbriefe/Krankenhausberichte/Befunde Bildgebung (MRT,**

CT) sowie Ihren Medikamentenplan mit QR Code  an der Anmeldung ab.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Größe/Gewicht
Straße / Hausnummer		Postleitzahl / Wohnort	
E-Mail Adresse	Telefon	Mobil Nr.	
Hausarzt	Krankenkasse	Beruf/Ausbildung	

- Ich komme wegen:** _____
- _____
- Ich wünsche einen Check-up


Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus lebend
 berentet alleinstehend

Sind Sie schon einmal operiert worden und wenn ja, wann und weshalb?

Nehmen Sie Blutverdünner: Nein ja

- Asperin
- DOAKS (Rivaroxaban(Xarelto), Apixaban(Eliquis), Dabigatran (Pradaxa),
Edoxaban(Lixiana)
- Phenprocoumon (Marcumar) oder Warfarin

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluthochdruck (Denken sie an Ihr Medikamentenplan)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwindelanfälle *füllen sie den Schwindelfragebogen aus. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma/chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen:		

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ja Nein

Rauchen Sie? ja Nein

- Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: _____
- Seit welchem Lebensjahr: _____
- Welche Marke: _____

Körperfunktionen

Haben Sie Ein- und/oder Durchschlafstörungen? ja Nein

Schwitzen Sie nachts stark? ja Nein Haben

Sie in der letzten Zeit ungewollt Gewicht zu- oder abgenommen
(+/- 3 bis 4 Kilogramm)? ja Nein

abgenommen zugenommen _____ kg

Leiden Sie unter Appetitlosigkeit? ja Nein

Haben Sie auffällig großen Durst ja Nein

Gibt es Beschwerden beim Stuhlgang? ja Nein

Gibt es Auflagerungen beim Stuhlgang (z.B. Blut)? ja Nein

Leiden Sie häufig an Durchfall: ja Nein

Leiden Sie häufig an Verstopfung ja Nein

Kommt es zu häufigem Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?

ja Nein

Gibt es Beschwerden beim Wasserlassen? ja Nein

Wie oft gehen Sie nachts auf Toilette? _____ mal.

Haben Sie Luftnot Nein ja, bei_____

leichter Belastung

Treppensteigen

Wie oft sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt? _____

Wer ist ihr Notfallkontakt: _____

Hier mit bestätige ich dass alle meine Angaben der Richtigkeit entsprechen:

Wassenberg der _____ Unterschrift: _____