

Praxis für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte PatientInnen, wir möchten Sie bitten folgende Angaben zu Ihren Beschwerden und Vorerkrankungen auszufüllen und für Sie Zutreffendes anzukreuzen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden? _____

Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten?

Vorerkrankungen:

- ☐ Diabetes
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Erhöhtes Cholesterin
- ☐ Chronische Bronchitis / Asthma
- ☐ Vorhofflimmern
- ☐ Nierenschwäche
- ☐ Herzinfarkt, Stents, Schlaganfall
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Magenerkrankungen
- ☐ Bauchspeicheldrüsenerkrankung
- ☐ Gallenblasenerkrankung
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Krebserkrankung: _____
- ☐ Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)
- ☐ Psych. Erkrankung/Depression
- ☐ Schlafstörung
- ☐ sonstige: _____

Operationen:

- ☐ Gallenblase
- ☐ Schilddrüse
- ☐ Schrittmacher, Defibrillator
- ☐ Mandeln
- ☐ Blinddarm
- ☐ Knochen
- ☐ Unfälle: _____
- ☐ Sonstige: _____
- ☐ im DMP Diabetes, KHK, COPD oder Asthma eingetragen

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Einschränkungen:

- ☐ **Luftnot bei Belastung**
- ☐ **Brustschmerzen bei Belastung**
- ☐ **Wadenschmerzen beim Gehen**
Gehstrecke: _____
- ☐ **Potenzstörungen**
Falls ja, möchten Sie ein
Beratungsgespräch? ☐ ja ☐ nein

Verdauung / Wasserlassen:

- ☐ **Beschwerden beim Wasserlassen**
- ☐ **Nächtliches Wasserlassen (___ mal)**
- ☐ **Harnschwäche**
- ☐ **Stuhlnunregelmäßigkeiten**
- ☐ **Blähungen**
- Letzte Darmspiegelung:** _____

Sonstiges:

- ☐ **Husten**
- ☐ **Fieber**
- ☐ **Schwindel**
- ☐ **Lähmungen**
- Trinkmenge:** _____ Liter täglich
- ☐ **Appetitstörungen**
- ☐ **Ekel vor Essen**
- ☐ **Sonstige Verdauungsprobleme**
- ☐ **Gewichtsveränderung**
- ☐ **Augenerkrankung**
- ☐ **Ohrenerkrankung**
- ☐ **Eingeschränkte Beweglichkeit**

- ☐ **Allergien auf Stoffe /Medikamente:**
Falls ja: _____
- ☐ **Regelmäßig Sport:** _____ h/Woche
- ☐ **Nikotin:** _____ Zig/d seit _____
- ☐ **Erhitze / Vaporisator**
- ☐ **andere Drogen**
- ☐ **Alkohol:**
wie oft? _____
- Letzte Tetanusimpfung:** _____
- ☐ **Impfpass vorhanden**
- ☐ **Organspende Ausweis**
- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Pflegegrad** _____ **GdB** _____
- ☐ **Betreuung/Vorsorgevollmacht**

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen:

- ☐ **Darmspiegelung**
- ☐ **Frauenarzt / Urologe**
- ☐ **Hautkrebsscreening**

Praxis für Allgemeinmedizin

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Lebenssituation

☐ alleinstehend ☐ in Partnerschaft ☐ Kinder im Haushalt ☐ Pflegeperson zu betreuen ☐ Anderes Modell: _____ ☐ Besteht Pflegebedarf?	Beruf: _____ ☐ sitzende Tätigkeit ☐ körperlich anstrengend ☐ Schichtdienst ☐ Rente
---	---

Erkrankungen in der Familie

Vater: _____ Mutter: _____
Geschwister: _____
☐ Diabetes (bei: _____) ☐ Bluthochdruck (bei: _____) ☐ Herzinfarkt, Stents, Schlaganfall (bei: _____) ☐ Krebserkrankungen (bei: _____)

Sonstige Fachärzte, die Sie konsultieren:

Datum:

Unterschrift: