



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Danke für Ihr Vertrauen und herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Ihnen möglichst gut helfen können, dürfen wir Sie um ein paar Minuten Aufmerksamkeit bitten, damit Sie und die wichtigsten Informationen zu Ihrer Erkrankung und Vorgeschichte, sowie bisherigen Behandlungen mitteilen. Nehmen Sie sich also bitte etwas Zeit für Ihre Antworten, damit wir den für Sie richtigen Weg gemeinsam finden.

Vielen Dank!

Neuss, \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Telefon tags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg zuletzt gemessen: \_\_\_\_\_

Raucher: ( ) Ja: \_\_\_\_\_ pro Tag seit \_\_\_\_\_ ( ) Nein ( ) Exraucher seit: \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_ Geburtsjahr(e): \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfausweis (dabei)? ( ) Ja ( ) Nein

Dürfen wir Sie zukünftig an Ihre Gesundheitsvorsorge, notwendige Impfungen etc. erinnern?

( ) Ja ( ) Nein wenn ja: ( ) per Telefon ( ) per Email

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

**Eigene Vorgeschichte:**

Welche ernsthaften Erkrankungen (insbesondere an Herz, Lunge, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Stoffwechsel (incl. Diabetes und erhöhtem Cholesterin), Wirbelsäule, Knochen und Gelenken) haben Sie durchgemacht? Waren Sie an Infektionskrankheiten (incl. Hepatitis, „Kinderkrankheiten“ etc.) erkrankt?

Zeitraum	Bemerkungen

Wurden Sie bereits operiert oder waren Sie stationär im Krankenhaus?

Zeitraum	Bemerkungen

Gibt es besondere familiäre Vorgeschichten / Belastungen?

Vater: Mutter: Geschwister: Kinder:	
--	--

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Zeitraum	Beschwerden

Sind Sie zurzeit in ärztlicher / psychotherapeutischer Behandlung?

Zeitraum	Bemerkungen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (Bitte auch frei verkäufliche Präparate, Nahrungsergänzungsmittel etc.)

Zeitraum	Präparat / Dosierung / Bemerkungen

Tragen Sie eine Sehhilfe? ( ) Ja ( ) Nein      Nutzen Sie ein Hörgerät? ( ) Ja ( ) Nein

Trinken Sie **regelmäßig** Alkohol? ( ) Nein ( ) Ja

Wenn „Ja“: Was und wieviel? \_\_\_\_\_

Letzte gynäkologischen / urologischen Vorsorge: \_\_\_\_\_

Letzte Hautkrebsvorsorge: \_\_\_\_\_ Letzte Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Blutabnahme, Ultraschalluntersuchung, das letzte (Belastungs-) EKG,... ?

Untersuchung	Befund bitte besorgen!

Haben Sie eine Patientenverfügung entsprechend dem aktuellen Stand verfasst? ( ) Ja ( ) Nein

Abschließend: Was ist Ihnen beim Arzt besonders wichtig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie noch Fragen? ...dann sprechen Sie uns bitte an!

Ihr  
Team der Praxis Drususallee