Hausarztpraxis Kuddewörde

Liebe Patientin, Lieber Patient,

um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten und den Bogen anschließend an info@praxis-kuddewoerde.de zu mailen oder zu Ihrem Termin mitzubringen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

1. Vorerkrankungen

Herzkreislauferkrankungen

- ☐ Herzerkrankung, Infarkt, Herzkatheter
- ☐ Herzklappenfehler, Klappenersatz, Bypass
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Embolie
- ☐ Bewusstlosigkeit
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Durchblutungsstörungen (Halsgefäße, Beine)
- ☐ Venenleiden (Krampfadern, Thrombosen)

Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Diabetes
- ☐ erhöhte Blutfettwerte
- ☐ Gicht
- ☐ Schilddrüsenerkrankung

sonstige Erkrankungen

- ☐ Baucherkrankungen
- ☐ Krebsleiden
- ☐ Bluterkrankungen
- ☐ Nerven- Gemütserkrankungen
- ☐ Rheuma
- ☐ Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)
- ☐ Sonstige:
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Hauterkrankungen
- ☐ Krampfanfälle/ Epilepsie
- ☐ Knochen- Gelenkerkrankungen
- ☐ Prostataleiden

allgemeine Vorgeschichte

Ja/Nein

- ☐ ☐ Wasserlassen in der Nacht? Wie oft? 0
- ☐ ☐ Rauchen Sie? Wie viele am Tag? 0 Seit wann? ---
- ☐ ☐ Sie regelmäßig Alkohol? Wie oft? einmal pro Monat oder seltener
- ☐ ☐ Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen?:

2. Allergien

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Name Medikament	Dosis	Wie oft?

4. Vorsorge

Letzte Frauenvorsorge

Letzte Männervorsorge

Letzte Darmspiegelung

Letzte Magenspiegelung

5. Sozialanamnese

Pflegegrad: keiner

Beruf:

Familienstand: ledig

	Nein	Ja
Patientenverfügung	☐	☐
Vorsorgevollmacht	☐	☐

6. Familiengeschichte (Gab es in der Familie folgende Erkrankungen?)

☐ Bluthochdruck

☐ Diabetes

☐ Krebserkrankungen

☐ Herzinfakt/Schlaganfall

☐ Hohe Cholesterinwerte

☐ Sonstige (bitte im Feld angeben)

7. Für eine optimale Behandlung bringen Sie bitte Folgendes zum Arztbesuch mit:

☐ Krankenversichertenkarte

☐ Medikationsplan

☐ Allergiepass (wenn vorhanden)

☐ Impfpass

☐ Vorbefunde, alte Arztbriefe

☐ Sonstige Dokumente

(Sonstige wären: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Schwerbehindertenausweis etc.)

Datenschutz

Die Übersendung Ihrer Daten an die Praxis erfolgt freiwillig. Wählen Sie zum Senden das Standard E-mail-Programm Ihres Vertrauens. Optional können Sie den Bogen auch in der Praxis ausfüllen. Wenn empfangen, werden Ihre Daten nach den geltenden Datenschutzrichtlinien behandelt. Mehr zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite.

Vielen Dank! Wir freuen uns auf Sie.

MVZ NORDOST – FAMILIENMEDIZIN MIT LEIDENSCHAFT

Familienmedizin mit Leidenschaft – von der Kindheit bis ins hohe Alter

Link zur Webseite: praxis-kuddewoerde.de/