

Name/Vornamen/Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Welche Fachärzte konsultieren Sie?: _____

Sind Sie wegen akuter Beschwerden das erste Mal in unserer Praxis?

Wenn ja, bitte beschreiben:

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- Herzkreislauferkrankungen? JA Weiß ich nicht Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck?
- Herzinfarkt, wann?
- Herzrhythmusstörungen?
- Herzschrittmacher?
- Gefäßerkrankungen? Krampfadern? Thrombose? Gefäßverschluss?
- Lungenembolie?
- Sonstiges?

- Lungenerkrankungen? JA Weiß ich nicht Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Asthma?
- COPD?
- Sonstiges?

- Magen-Darm-Erkrankungen? JA Weiß ich nicht Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Leber/Gallenblasenerkrankungen?
- Chronische Darmerkrankungen?
- Nieren-/Blasenerkrankungen? Dialyse?
- Prostata bzw. Gebärmutter/Eierstöcke?
- Sonstiges?

- Nervensystem? JA Weiß ich nicht Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Schlaganfall?
- Krampfanfälle?
- Multiples Sklerose?
- Morbus Parkinson?
- Sonstiges?

- Schilddrüsenenerkrankungen? JA Weiß ich nicht Nein

Wenn ja, welche?

- Überfunktion?
- Unterfunktion?
- Hashimoto?
- OP? Wann?

- Zuckererkrankung? JA Weiß ich nicht Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Typ 1 Typ 2 seit wann? Insulinpflichtig?

- Infektionserkrankungen? JA Weiß ich nicht Nein
 - HIV?
 - Hepatitis?
 - Tbc?
 - Sonstiges?
- Haben Sie Muskel oder Skeletterkrankungen/-beschwerden?
Wenn ja, bitte angeben u./o beschreiben:
.....
- Sind Sie allergisch? JA Weiß ich nicht Nein
Wenn ja, worauf?
 - Medikamente? Welche?
 - Andere Stoffe? Welche?
 - Gräser/Pollen/Hausstaub?
- Haben oder hatten Sie
 - andere Erkrankungen?
 - Unfälle?
 - Operationen?Wenn ja, bitte genauer angeben: Welche und wann?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? wann?
- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Ja Nein
Wenn ja,
wieviel pro Tag? seit wann? Seit wann nicht mehr?
- Konsumieren Sie?
 - a. Alkohol Ja Nein
Wenn ja, bitte angeben: manchmal? Wie oft pro Monat oder Woche? täglich?
Wie viel?
 - b. Kaffee/Koffeinhaltige Getränke? Ja Nein
Wenn ja, bitte angeben: manchmal? Wie oft pro Monat oder Woche? täglich?
Wieviel?
- Könnten Sie sich vorstellen, dass Ihre Beschwerden durch psychische Belastung entstehen oder verschlimmert werden.

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Praxis Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern, falls notwendig, einholt und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnde Ärzte übermittelt. (Datenübermittlung)

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Aachen, den

Unterschrift