

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?**

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

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

**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: \_\_\_\_\_