



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Zucker                  | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                                      | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen                               | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Thrombose   | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle           | <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) |   |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                  | <input type="checkbox"/> Krebsleiden   | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |

andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_

Weshalb haben Sie uns aufgesucht?

- akute Beschwerden
- habe Fragen zu meiner Gesundheit
- zur Routineuntersuchung
- um eine zweite Meinung einzuholen
- \_\_\_\_\_

Sind Sie von der Medikamentenzuzahlung befreit?  ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung anderer Patienten
- über das Internet
- Telefonbuch
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Alle Angaben unterliegen der strengen ärztlichen und therapeutischen Schweigepflicht!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift