



Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummern Privat: _____ E-Mail (zur Terminerinnerung): _____

Mobil: _____

Beruf: _____

1. Was ist der Grund für Ihren Arztbesuch?

2. Leiden Sie an eine der folgenden Erkrankungen? (wenn ja, dann bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose (Arterienverkalkung) |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis A oder B |

Sonstige Erkrankungen: _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ja nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. Leiden Sie an Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?

- ja nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:

1. _____
2. _____
3. _____

5. Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? (z.B. Prothese) Wenn ja, in welchem Jahr?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

6. Nehmen Sie ein blutverdünnendes Medikament ein?

- ja nein