

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

bitte beantworten Sie diese ersten Fragen, damit wir Ihren Arztbesuch so effektiv wie möglich gestalten können. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir danken für Ihre Mitarbeit!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden?**

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Vorerkrankungen	selbst		in Familie	
	Ja	Nein	Ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel (Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kinderkrankheiten**

Mumps  Masern  Röteln  Windpocken  sonstiges  \_\_\_\_\_

**Bisherige Operationen?** Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

**Allergien?** Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden? Ja  Nein

**Medikamentenunverträglichkeiten?** Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** Ja  Nein

Anzahl Zigaretten/Tag: \_\_\_\_\_ Jahre: \_\_\_\_\_

**regelmäßiger Alkoholkonsum?** Ja  Nein

was, wie häufig: \_\_\_\_\_

Gehen Sie regelmäßig zur **Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt/Urologen**? Ja  Nein

Waren Sie schon einmal zur **Hautkrebsvorsorge**? Ja  Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Nein

Waren Sie schon einmal zum **Gesundheits- Check up**? Ja  Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Darmspiegelung** durchgeführt? Ja  Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Nein

**Aktuelle Medikamente (Medikamentenplan bitte mitbringen)**

Name und Dosierung: \_\_\_\_\_ morgens \_\_\_\_\_ mittags \_\_\_\_\_ abends

---

---

---

---

---

**Bitte den/die vorhandenen Impfausweis(e) mitbringen.**

**Einwilligung Fotodokumentation:**

Hiermit erkläre ich mich bereit, dass Fotos von

- Befund- und Verlaufsdokumentation (Wunden, Hautausschläge, etc)

gemacht werden dürfen. Wir versichern, dass die Fotos nicht ohne Ihre Erlaubnis an Dritte weitergegeben werden.

---

**Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)**