

ANFRAGE AUF BEHANDLUNG

bei Neupatienten

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Versicherung _____

vorheriger Arzt _____

m | w | d

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Magen- Darm- Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Herzschwäche	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

SIND HAUSBESUCHE ERFORDERLICH?

Nein Ja → wie oft? _____

WURDEN SIE SCHON MAL OPERIERT?

Ja → Eingriff _____

Jahr _____

Nein

NEHMEN SIE REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN?

Ja → welche _____

Nein (Kopie Medikamentenplan)

ALLGEMEINE GESUNDHEITSINFORMATIONEN

Liegt eine Schwangerschaft vor? Nein Ja Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35)? _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja

Üben Sie regelmäßig Sport aus? Nein Ja

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Nein Ja ? Wann wurde die letzte Hautkrebs- Vorsorge durchgeführt? _____

Größe _____ Gewicht _____

In unserer Praxis versorgen wir unsere Patienten im Hausarztmodell. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis!

Ich bin bereit einen Vertrag mit der hausarztzentrierten Versorgung zu unterschreiben Ja Nein