



Name, Vorname, Geb.-Datum

Datum

Im Notfall bitte ich folgende Person(en) zu informieren:

Name, Vorname, Anschrift, Telefon:

Haben Sie eine Patientenverfügung oder Patientenvollmacht verfasst?

Ja Nein

Bitte geben Sie ggf. den Namen des/r Bevollmächtigten hier an:

Aus welchem Grund stellen Sie sich in unserer Praxis vor?

Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden bzw. geben an, welche Befunde/Diagnosen festgestellt wurden:

Welche(r) Ärztin/Arzt behandelt Sie aktuell bzw. hat Sie in den letzten 12 Monaten behandelt und welche(r) Ärztin/Arzt verschreibt Ihnen Medikamente?

Name Ärztin/Arzt, Anschrift:

Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie einnehmen (einschließlich nicht verschreibungspflichtige, Vitamine, Kräuter etc.):

Bitte listen Sie unten allergische Reaktionen auf, die Sie durch Lebensmittel, Medikamente oder Insektenstiche hatten.

Kreuzen Sie an, falls Sie allergisch auf Fisch, i. v. Kontrastmittel, Penicilline reagieren.

Bitte listen Sie Allergien auf Lebensmittel, Medikamente oder Insekten auf:	Art der Reaktion:

Bitte machen Sie Angaben zum erlernten/ausgeübten Beruf, bei Rentnern frühere Tätigkeit:

Waren Sie jemals Krebs verursachenden Substanzen ausgesetzt: Ja Nein

Substanz:	Kontaktzeitraum von:	bis:	Gesundheitsprobleme durch die Substanz:

Falls eine Berufskrankheit anerkannt wurde, bitten wir um Informationen:

Welche Berufskrankheit liegt vor? Angabe der zuständigen Berufsgenossenschaft und des Aktenzeichens:

Falls Sie über einen Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegestufe verfügen, bitten wir um weitere Angaben:

Grad der Behinderung (Prozent):	
Notwendigkeit der Begleitung nachgewiesen:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Folgende Merkmale sind anerkannt (z. B. G , aG):	
Pflegestufe bewilligt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ggf. Stufe: _____

Betreiben Sie Sport: Ja Nein

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben zur Art des Sports und zur Dauer pro Woche:

Rauchen Sie: Nein Ja Wie viele pro Tag _____ seit wann: _____

Haben Sie früher geraucht: Nein Ja Wie viele pro Tag _____ Zeitraum: _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Falls ja, geben Sie die durchschnittliche Menge pro Tag/Woche an (z. B. 2 Fl. Bier am Wochenende, tgl. 1 Glas Wein etc.):

Können Sie Ihre alltäglichen Verrichtungen wie Körperpflege, Anziehen, Kochen und Einkaufen selbständig und ohne fremde Hilfe erledigen? Ja Nein

Wurden jemals folgende Untersuchungen durchgeführt? Falls ja, geben Sie an, wann, wo und warum?

PAP Abstrich	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Prostatabiopsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Mammographie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Koloskopie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Magenspiegelung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
EKG	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Belastungs-EKG	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Echokardiografie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Röntgen der Lunge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
CT der Lunge/der Bauchorgane	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Lungenfunktionsprüfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
EEG	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Knochendichtemessung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Hatten Sie jemals eine der folgenden Impfungen? Kreuzen Sie alle zutreffenden an und geben an, wann die letzte Impfung erfolgte:

Influenza	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Pneumokokken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Tetanus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
BCG	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Windpocken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
HPV (Gardasil)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Bei Frauen: Waren Sie jemals schwanger: Ja Nein Falls ja, geben Sie bitte an:

Anzahl der Schwangerschaften? _____ Anzahl der Geburten? _____ Anzahl von Fehlgeburten/ Abbrüchen: _____

In welchem Alter begann die Regelblutung: _____ Alter der letzten Regelblutung: _____
 nichtzutreffend.

Frühere Erkrankungen

Nebennierenschwäche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Alzheimer	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenleiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Amyotrophe Lateralsklerose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anorexie oder Bulimie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nierenversagen, -erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Angststörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tumorleiden, ggf. welches:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Arteriovenöse Gefäßfehlbildungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Arthritis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Manische Störung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Muskuläre Dystrophie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bipolare Störung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Narkolepsie (Schlafzwang)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Grauer Star	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Obstruktive Schlafapnoe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Organtransplantation, ggf. welche:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Chemotherapie, ggf. wann:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Schaufensterkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bauchspeicheldrüsenentzündung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Angeborene Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	PLMS, periodische Beinbewegungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Periphere Verschlusskrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
COPD, chronische Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Persönlichkeitsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zystische Fibrose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hypophysenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Depression	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Polyzystisches Ovarialsyndrom (POS)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Pulmonale Hypertonie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dialyse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Lungenfibrose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Eklampsie oder Präeklampsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Strahlentherapie, ggf. welche:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Endometriose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Häufige Infekte	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Terminale Niereninsuffizienz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Restless-Legs-Syndrom (RLS)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Potenzstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sarkoidose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schizophrenie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sklerodermie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gallensteine	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Skoliose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gastritis oder Magengeschwüre	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Epileptische Anfälle	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Refluxkrankheit/Sodbrennen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sichelzellanämie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Glaukom (Grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sjögren Syndrom	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herz- oder Herzklappenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen (Psoriasis, Akne)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hämochromatose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Thalassämie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Thrombozytopenie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis/Gelbsucht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Thrombophilie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
HIV oder AIDS	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Transfusionen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Harnverhalt oder Inkontinenz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Vaskulitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sehstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Entzündliche Darmerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Stimmbandlähmung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Systemabfragen

Haben Sie in den letzten 6 Monaten folgende Symptome beobachtet?

Allgemeinsymptome		Urogenitaltrakt	
Gewichtsverlust oder -zunahme (ggf. wieviel in welcher Zeit?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen/Schwierigkeiten beim Wasserlassen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Appetitstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blut im Urin	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leistungsminderung/Müdigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Menstruationsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fieber	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Vaginale/r Ausfluss/Blutung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schüttelfrost/Schwitzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Erektionsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Augen		Bewegungsapparat	
Augenschmerzen oder -tränen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Sehstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Knochenbrüche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Trockene, entzündete Augen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen, -schwellungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
HNO/Mund		Muskelschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ohrenscherzen, -sekret	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Muskelschwäche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nebenhöhlenentzündungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hörstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Haut/Brust	
Nasenbluten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tastbare Knoten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schwindel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sekretfluss	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lungen		Ausschlag oder nichtheilende Geschwüre	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blut im Sputum	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nervensystem	
Enge in der Brust	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Krämpfe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Husten > 1 Monat, mit oder ohne Auswurf	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Husten oder Würgen beim Schlucken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Atemnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Exzessive Tagesmüdigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Pfeifen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schmerzen/brennendes Missempfinden in den Beinen und Armen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Brustschmerzen beim Atmen oder Husten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Halluzinationen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herz und Kreislauf		Schmerzen oder Kribbeln	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Brustschmerzen oder Druckgefühl	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ein-, Durchschlafstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzstolpern	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Endokrinologie	
Ohnmacht oder Beinahe-Ohnmacht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Haarausfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geschwollene Füße oder Beine	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Häufiges Wasserlassen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Luftnot im flachen Liegen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Vermehrtes Durstgefühl	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt		Hitze- oder Kälteintoleranz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blut und Lymphsystem	
Blut im Stuhl	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Zahnfleisch- oder Nasenbluten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Verstopfung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Unerklärte Blutergüsse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Durchfall oder Lebensmittelunverträglichkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nachtschweiß	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Sodbrennen oder Verdauungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Geschwollene, schmerzhafte Lymphknoten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erbrechen oder Übelkeit > 1 Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Allergien/Störung des Immunsystems	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tränende Augen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Psyche		Nasenlaufen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Angst ohne erklärbare Ursache	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelunverträglichkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Traurigkeit über Tage oder Wochen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hautausschlag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Stimmenhören	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Gedanken, sich etwas anzutun	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Gedanken, andere zu verletzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Angst vor Menschen, Plätzen, Dingen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Bitte listen Sie alle Operationen auf, die Sie in der Vergangenheit hatten:

Art der Operation:	Wann durchgeführt:	Wo durchgeführt:

Familiengeschichte

Bitte geben Sie alle bekannten chronischen Erkrankungen in Ihrer unmittelbaren Familie an:
(M=Mutter, V=Vater, B=Bruder, S=Schwester, So=Sohn, T=Tochter, GM=Großmutter, GV=Großvater):

Weitere Hinweise, die Sie für wichtig halten:

Wer hat Sie an unsere Praxis überwiesen? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

--

Notizen Ärztin/Arzt:

Datum, Unterschrift Patient*in