

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht w m
 Straße+Nr. _____ Postleitzahl+Ort _____
 Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
 Fax _____ E-Mail _____
 (freiw.: Beruf _____ Arbeitgeber _____)
 Hausarzt: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?

Kennen Sie unsere Praxis-Website unter www.praxisimnorden.de? ja nein
 Haben Sie uns in einem Bewertungsportal gefunden? ja nein ... bei Jameda? ja nein
 über Internet /Google? ja nein _____
 Sind wir Ihnen empfohlen worden? ja nein _____
 Hausarztpraxis / Facharztpraxis welche? _____

Möchten Sie von uns regelmäßig an Ihren Kontrolltermin (Recall-System) erinnert werden?

ja nein

Wenn ja, dann ... telefonisch per E-Mail per Post

Sie sind an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

Gefäßcheck Ästhetische Behandlung / Faltenbehandlung Laserbehandlung

Akute Beschwerden

Haben Sie derzeit akute Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Wurden diese Beschwerden schon behandelt? ja nein

Allgemeine Angaben

Körpergröße _____ Körpergewicht _____ Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit geändert? Abnahme Zunahme nein
 Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, welchen und wie oft? _____
 Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten/welche Tabakmenge pro Tag? _____
 Trinken Sie Alkohol? ja nein Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____
 Nehmen Sie Drogen? ja nein Wenn ja, welche und wie oft? _____



Weitere allgemeine Angaben

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____
- Nehmen Sie die Pille? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente? ja nein gelegentlich
- Wenn ja, welche? _____
- Wenn Sie einen Medizinplan besitzen, legen Sie uns diesen bitte vor.
- Nehmen Sie Aufputsch-/Beruhigungsmittel? ja nein gelegentlich
- Wenn ja, welche und wie häufig? _____
- Nehmen Sie Naturheilmittel? ja nein gelegentlich
- Nehmen Sie Blutverdünner ein?
- Marcumar ASS Clopidogrel Xarelto
- Pradaxa Eliquis Falithrom

Sind folgende Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Innere Organe

- Erkrankungen der Lunge? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Lungenembolie? ja nein
- Erkrankungen der Niere? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Erkrankungen der Leber/Galle? ja nein Wenn ja, welche? _____
- Sonstige Erkrankungen innerer Organe? ja nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie folgende Infektionskrankheiten? HIV / AIDS Hepatitis

Bluterkrankung

- Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein Blutarmut (Anämie) ja nein
- Leukämie ja nein Sonstige Bluterkrankungen? _____

Herz- und Kreislauferkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein Herzklappenersatz/Herzfehler ja nein
- Herzrhythmusstörungen ja nein Hoher Blutdruck ja nein
- Herzasthma, Angina Pectoris ja nein Niedriger Blutdruck ja nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein Durchblutungsstörungen ja nein
- Haben Sie einen Defibrillator? ja nein Tiefe Venenthrombose ja nein
- Herzinfarkt ja nein Oberflächliche Venenthrombose ja nein
- Schlaganfall ja nein Krampfadern ja nein

Hormon- und Stoffwechselerkrankungen

- Schilddrüsenerkrankung ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
- Fettstoffwechselstörung ja nein
- Sonstige Hormon- und Stoffwechselerkrankungen? _____



Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle ja nein Krämpfe ja nein
 Psychosomatische Erkrankungen ja nein Ohnmachtsanfälle ja nein

Allergien

Sind Sie allergisch gegen Gräserpollen, Staub und/oder Tierhaare? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, Kuhmilch)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Insektenstiche (z.B. Bienen, Wespen)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen Nickel, Chrom, Latex und/oder Parfüm? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter allergischem Asthma? ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Hauterkrankungen

Pruritus (Juckreiz) ja nein Hyperhidrose (übermäßiges Schwitzen) ja nein

Psoriasis (Schuppenflechte) ja nein Rosazea ja nein

Neurodermitis ja nein Hautmykosen (Pilzkrankungen) ja nein

Nesselsucht/Urtikaria ja nein

sonstige Hauterkrankungen? _____

Operationen

Wurden Sie bereits operiert? ja nein

Wenn ja, wann sind Sie das letzte Mal operiert worden und woran? _____

Haben Sie einen oder mehrere Stents? ja nein

Hatten Sie bereits eine Herzbybypassoperation? ja nein

Hatten Sie bereits eine Krampfader OP oder Behandlung? ja nein

Erkrankungen in der Familie

Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) vor?

Herz- Kreislauf-Erkrankungen ja nein Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) ja nein

Schlaganfall ja nein Krebs ja nein

Erbkrankheiten ja nein Krampfadern ja nein

Thrombose ja nein Sonstige Erkrankungen? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit!

Datum _____ Unterschrift _____