



# PRAXIS BURGWEDEL

ZENTRUM FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN

## **Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie kurz aber vollständig die Fragen zu beantworten. Unklare Fragen lassen Sie bitte offen, das Praxisteam und Ihr Arzt werden diese mit Ihnen zusammen beantworten.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. / priv.: \_\_\_\_\_ Tel. / mobil: \_\_\_\_\_

versichert bei: \_\_\_\_\_ Rg.-Empfänger (Privat versicherte): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Hausarzt / zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Vorherige Behandlungen in den letzten drei Quartalen durch: \_\_\_\_\_

## **Mit welchen akuten Beschwerden kommen Sie heute zu uns?**

### **Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)**

#### **Herz-Kreislaufferkrankungen:**

- Angeborener Herzfehler
- Erworbene Herzklappenfehler
- Schlaganfall
- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Venenentzündung/Thrombose
- Embolie
- Bewusstlosigkeit
- Herz-OP
- Herzkatheter
- Allergien

#### **Stoffwechselerkrankung:**

- Diabetes mellitus (Zucker)
- Gicht
- erhöhte Blutfettwerte
- Schilddrüsenerkrankung

#### **sonstige Erkrankungen:**

- Baucherkrankungen
- Nierenerkrankung
- Krebsleiden
- Hauterkrankung
- Bluterkrankung
- Krampfanfälle
- Nerven- Gemütererkrankung
- Knochen-Gelenkerkrankung
- Rheuma
- Lungenerkrankung
- Prostataleiden



### Allgemeine Vorgeschichte

- Wasser lassen nachts?  
 Raucher, wie viele Zigaretten/Tag: \_\_\_\_\_  
 Nichtraucher seit wann? \_\_\_\_\_  
 Alkohol Wein Bier Schnaps: Glas/Tag \_\_\_\_\_  
Treiben Sie Sport?  ja  nein

### Familie

- Hoher Blutdruck  
 Herzinfarkt/Schlaganfall  
 Zuckerkrankheit  
 Hohe Blutfettwerte  
 Sonstige Erkrankungen

### Dauermedikamente:

Name / Dosierung

---

---

---

---

Haben Sie Interesse an Vorsorge-Gesundheitsleistungen?  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

- Empfohlen durch: \_\_\_\_\_  
 Internet / Homepage  
 Telefonbuch

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung

*Ihr Praxisteam*