



Hausarztpraxis

Friederike Gunkel | Fachärztin für Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich von uns hausärztlich betreuen lassen wollen und begrüßen Sie in unserer Praxis. Um Sie optimal behandeln zu können ist es für uns sehr wichtig Ihre bisherige Krankengeschichte zu kennen.

Wir bitten Sie die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Sollten Sie sich bei einer Frage unsicher sein können wir diese Fragen beim ersten Termin gerne mit Ihnen zusammen besprechen.

Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen lediglich dazu uns von Ihrem Gesundheitszustand ein Bild zu machen um Sie optimal medizinisch versorgen zu können..

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin mit:

- Ihren Impfausweis wenn vorhanden
- Die ausgefüllte Datenschutzerklärung
- Die Vorbefunde vom früheren Hausarzt
- Einen aktuellen Medikamentenplan
- Allergieausweis wenn vorhanden

Vielen Dank,
Ihr Praxis-Team



IHRE PERSONALIEN

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Krankenkasse	E-Mail Adresse
Telefonnummer	Handynummer
Beruf	Früherer Hausarzt
Weitere behandelte Ärzte	Betreuende Sozialstation

Berufskrankheit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegestufe:
Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ____ %	Besteht eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie zahlungsbefreit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

GESUNDHEITZUSTAND

Körpergröße: _____ cm	Körpergewicht: _____ kg
Rauchen Sie?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

EIGENE VORERKRANKUNGEN

1. Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Atemwegerkrankungen (z.B. Asthma/COPD)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Erkrankungen der Augen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Diabetes (Typ I / Typ II)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Hämatologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Herzkreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Schwere Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, TBC)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

13. Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen, Demenz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Frühere Operationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Frauen: - Besteht eine Schwangerschaft? - Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

GESUNDHEITSGESCHICHTE

Bestanden oder bestehen bei Ihren nahen Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen?

Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

VORSORGE UNTERSUCHUNGEN

Wann war Ihr letzter Gesundheitscheck?	
Nehmen Sie an einem Disease Management Programm teil (DMP)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann wurde zum letzten Mal ein Hautkrebsscreening bei Ihnen durchgeführt?	
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Koloskopie bei Ihnen durchgeführt durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Frauen:</u> gehen Sie regelmäßig zur frauenärztlichen Krebsvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Männer:</u> Wird bei Ihnen regelmäßig eine Prostata Krebsvorsorge durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Männer über 65 Jahre</u> wurde bei Ihnen schon einmal ein Screening auf ein Aortenaneurysma durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

AKTUELLE BESCHWERDEN

Bestehen aktuell Beschwerden? ja nein

Wenn ja welche?