

Herzlich willkommen in der Hausarztpraxis am Redderkamp!

Um Sie kennenzulernen, bitten wir Sie, sich etwas Zeit für die folgenden Fragen zu nehmen. Sollten Sie etwas nicht ausfüllen wollen, lassen Sie die betreffenden Zeilen einfach offen. Ist etwas unklar, wenden Sie sich gerne an unsere Mitarbeiterinnen.

Vielen Dank!

Dr. P. Fehse-Rusch und Dr. A. Brattig

Name

Straße

Wohnort

Telefonnummer

Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐

Kinder

☐ ja

Anzahl:

☐ nein

Berufstätig

☐ ja

☐ nein

Berufsausbildung

Größe in cm

Gewicht in Kg

Rauchen Sie?

☐ ja

Wieviel?

☐ nein

Treiben Sie Sport?

☐ ja

Welche Sportart?

☐ nein

Nehmen Sie bisher regelmäßig an Impfungen und / oder
Vorsorgeuntersuchungen teil?

☐ ja

☐ nein

Möchten Sie über anstehende Impfungen oder Gesundheitsuntersuchungen von
uns informiert werden? Bitte Impfpass vorlegen.

☐ ja

☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Sind Unverträglichkeiten bekannt?

☐ ja

Welche?

☐ nein

Wurden Sie schon einmal operiert?

warum:

wann:

wo:

Sind Ihnen Vorerkrankungen bekannt, z. B.:

Herz-, Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren-, oder Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankung der Sinnesorgane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Demenzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wem dürfen wir Auskunft über Befunde und Diagnosen erteilen?		
Mitbehandelnden Ärzten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebenspartner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kindern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eltern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niemandem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein