

DOKUMENTATIONSBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und in dringlichen Fällen kontaktieren zu können, bitten wir Sie zunächst, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Stadt

Festnetz

Handy

E-Mail

Beruf

Geburtsdatum

Körpergröße

Gewicht

Wie sind Sie **krankenversichert**?

- ☐ gesetzlich ☐ stationär zusatzversichert ☐ privat, bei folgender Versicherung:
☐ Beihilfe ☐ Postbeamte(r) B ☐ Selbstzahler

Wer ist Ihr **Hausarzt** (Name, Stadt)?

Welcher Arzt soll einen Befundbericht erhalten?

Sind Sie schon einmal kardiologisch bzw. herzchirurgisch betreut worden?

- ☐ nein ☐ ja wenn ja, von wem und wann?

Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung?

- ☐ nein ☐ ja wenn ja, von wem und wann?

Sind bei Ihnen folgende **Vorsorgeuntersuchungen** durchgeführt worden?

- | | | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|
| Ultraschall Bauch | ☐ nein | ☐ ja | wenn ja, wann zuletzt? |
| Gynäkologie/Urologie | ☐ nein | ☐ ja | wenn ja, wann zuletzt? |
| Dickdarmspiegelung | ☐ nein | ☐ ja | wenn ja, wann zuletzt? |

Ab dem 40. Lebensjahr sollten diese Untersuchungen mit dem Hausarzt diskutiert werden!

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Herzschwäche (Insuffizienz) | ☐ Herzinfarkt / Schlaganfall | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Unregelmäßiger Herzschlag | ☐ Herzklappenfehler | |

Kreislaufferkrankungen

- | | |
|---|--|
| ☐ Hoher Blutdruck (Hypertonie) | ☐ Durchblutungsstörungen |
| ☐ Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | ☐ Schwindel |

Stoffwechselerkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes) | ☐ Hoher Cholesterinspiegel | ☐ Schilddrüsenerkrankungen |
|--|--|--|

Atemwegs- / Lungenerkrankungen

- | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|
| ☐ Asthma | ☐ Chronische Bronchitis | ☐ COPD |
|------------------------------|---|----------------------------|

Infektionserkrankungen

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Hepatitis | ☐ HIV | ☐ Tuberkulose |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|

Krebserkrankungen

- ☐ Welche?

Allergien / Unverträglichkeiten

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Medikamente (welche?) | | |
| ☐ Kontrastmittel | ☐ Laktose | ☐ weitere: |

Konsumgewohnheiten

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Rauchen | ☐ Täglich Alkohol |
|-------------------------------|---------------------------------------|

In meiner näheren Verwandtschaft sind folgende Erkrankungen bekannt:

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Herzinfarkt / Herzkrankheit | ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Schlaganfall |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|

Für Ihre optimale Behandlung ist es wichtig, dass wir wissen, welche Medikamente Sie in welcher Dosierung einnehmen.

Medikament / Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

- | | | | |
|--------------------------------|---|--|--------------------------------|
| ☐ Hausarzt | ☐ Empfehlung durch Bekannte/Freunde | ☐ Telefonbuch / Gelbe Seiten | |
| ☐ Google | ☐ Facebook / Instagram | ☐ Jameda | ☐ Doctolib |

Welches sind Ihre **Haupterwartungen** an den Besuch in unserer Praxis?