

Dr. med. Karin Erasmı

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Heitmannskamp 7 Tel. 04347-710080
24220 Flintbek Fax. 04347-710081

Dr. med. Malte Scheidt

Facharzt für Allgemeinmedizin
www.hausarztpraxis-flintbek.de
info@hausarztpraxis-flintbek.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis Flintbek. Wir bitten Sie, folgenden Fragebogen für uns auszufüllen und mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben zu bestätigen. Bei Unklarheiten bitte mit einem Fragezeichen „?“ markieren und ggf. die Rückseite benutzen. Vielen Dank für Ihre Mühe.

<p>Name:.....</p> <p>Vorname:.....</p> <p>Geburtsdatum:.....</p> <p>Anschrift:.....</p> <p>Tel:.....</p> <p>Mobil:.....</p> <p>Email:.....</p> <p>Beruf:.....</p> <p>Notfallkontakt (Tel.):.....</p> <p>.....</p> <p>Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Lesebestätigung zum Datenschutz <input type="checkbox"/></p> <p>1. Größe:.....Gewicht:.....</p> <p>2. Blutverdünner <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja.</p> <p>3. Nehmen Sie andere Medikamente? z.B. Bluthochdruck/ Herzmedikamente</p> <p>4. Nehmen Sie die Pille? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>5. Frühere Operationen:.....</p> <p>6. Sind Sie Raucher? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Menge tägl.:.....</p> <p>7. Mitbehandelnde Ärzte:</p>	<p>8. Bestehen folgende Erkrankungen?</p> <p>Herz/Kreislauf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündungen, hoher o. niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen</p> <p>Gefäße: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall</p> <p>Atemwege/ Lunge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja chron. Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tbc, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung</p> <p>Leber: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine</p> <p>Nieren: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine</p> <p>Speiseröhre, Magen, Darm: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit</p> <p>Stoffwechsel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zuckerkrankheit, Gicht</p> <p>Schilddrüse: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Unter- oder Überfunktion, Kropf</p> <p>Skelettsystem: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gelenkerkrankungen, Rücken-/ Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm- Syndrom</p> <p>Nerven/Gemüt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen, häufige Kopfschmerzen</p> <p>Augen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen</p> <p>Blut: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsverwandten, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Nachbluten nach Operationen</p> <p>Muskeln: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, bei Blutsverwandten</p> <p>Allergie od. Überempfindlichkeit: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gegen Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Iod, Pflaster, Latex</p> <p>Andere Erkrankungen od. chronische Schmerzen?</p>
--	---

Datum

Ihre Unterschrift