

## Dr. med. Karin Erasmí

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

## Dr. med. Malte Scheidt

Facharzt für Allgemeinmedizin  
[www.hausarztpraxis-flintbek.de](http://www.hausarztpraxis-flintbek.de)  
[info@hausarztpraxis-flintbek.de](mailto: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. 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>Im Notfall zu benachrichtigen:.....</p> <p>.....</p> <p>Patientenverfügung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>.....</p> <p><b>Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen.</b></p> <p>1. Größe:.....Gewicht:.....</p> <p>2. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin, Clopidoprel) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?.....</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><b>7. Bestehen folgende Erkrankungen?</b></p> <p><b>Herz/Kreislauf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündungen, hoher o. niedriger Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen</p> <p><b>Gefäße: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall</p> <p><b>Atemwege/ Lunge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> chron. Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tbc, Lungenblähung, Schlafapnoe, Stimmband-/Zwerchfelllähmung</p> <p><b>Leber: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine</p> <p><b>Nieren: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine</p> <p><b>Speiseröhre, Magen, Darm: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit</p> <p><b>Stoffwechsel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Zuckerkrankheit, Gicht</p> <p><b>Schilddrüse: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Unter- oder Überfunktion, Kropf</p> <p><b>Skelettsystem: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Gelenkerkrankungen, Rücken-/ Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom</p> <p><b>Nerven/Gemüt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen, häufige Kopfschmerzen</p> <p><b>Augen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Grüner Star, Grauer Star, Kontaktlinsen</p> <p><b>Blut: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Gerinnungsstörungen, auch bei Blutsverwandten, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Nachbluten nach Operationen</p> <p><b>Muskeln: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Muskelschwäche, Muskelerkrankungen, bei Blutsverwandten</p> <p><b>Allergie od. Überempfindlichkeit: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</b> Gegen Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Medikamente, Iod, Pflaster, Latex</p> <p><b>Andere Erkrankungen od. chronische Schmerzen?</b></p>
--	---

Datum

Ihre Unterschrift