

# HAUSARZTPRAXIS HEIDBERGWEG



## Dr. Siegmar & Engel

Fachärzte für Innere Medizin

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z.B. Telefonbuch, Internet, Empfehlung etc.)?

**Wegen welcher Beschwerden sind Sie heute in die Praxis gekommen?**

---

---

---

---

**Welche sonstigen Beschwerden oder Erkrankungen liegen bei Ihnen vor oder sind bekannt?**

---

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit in welcher Dosierung und Stärke ein?**

---

---

---

**Sind bei Ihnen irgendwelche Allergien ( Unverträglichkeiten) oder allergische Reaktionen bekannt? Ja ( ) nein ( ) wenn ja, welche?**

---

---

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Raucher:** ja ( ) nein ( )  
**Alkohol:** ja ( ) nein ( ) selten ( )  
**Kopfschmerzen:** ja ( ) nein ( ) selten ( )  
**Gewicht:** gleichbleibend ( ) steigend ( ) sinkend ( )  
**Appetit:** normal ( ) besser ( ) schlechter ( )  
**Stuhlgang:** regelmäßig ( ) alle \_\_\_ Tage unregelmäßig ( )  
**Wasserlassen :** regelrecht ( ) zu oft ( ) mit Schmerzen verbunden ( )  
Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_  
**Schlaf:** gut ( ) Einschlafstörung ( ) Durchschlafstörung ( )

**Familienvorgeschichte: Hat einer Ihrer Verwandten,**

eine Zuckerkrankheit? Nein ( ) Ja ( ) Wer? \_\_\_\_\_  
einen hohen Blutdruck? Nein ( ) Ja ( ) Wer? \_\_\_\_\_  
Asthma? Nein ( ) Ja ( ) Wer? \_\_\_\_\_  
Nervenleiden? Nein ( ) Ja ( ) Wer? \_\_\_\_\_  
Krebsleiden ? Nein ( ) Ja ( ) Wer? \_\_\_\_\_

**Welche Kinderkrankheiten haben Sie gehabt?**

Masern Ja ( ) Nein ( ) Nicht bekannt ( )  
Windpocken Ja ( ) Nein ( ) Nicht bekannt ( )  
Keuchhusten Ja ( ) Nein ( ) Nicht bekannt ( )  
Mumps / Ziegenpeter Ja ( ) Nein ( ) Nicht bekannt ( )  
Scharlach Ja ( ) Nein ( ) Nicht bekannt ( )  
Röteln Ja ( ) Nein ( ) Nicht bekannt ( )

Um Sie rechtzeitig über anstehende Impfungen, Vorsorgen und andere wichtigen Termine informieren zu können, benötigen wir Ihre Zustimmung, Sie im Rahmen eines Recall- Systems kontaktieren zu dürfen.

Ich stimme zu Ja ( ) nein ( )

**Datum :** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_