

Liebe Patientin, lieber Patient

um Sie ärztlich optimal betreuen zu können, möchten wir Sie um einige wichtige Angaben zu Ihrer Krankengeschichte bitten.

Name, Vorname, Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____ Telefonnummer: _____

Email: _____

Beruf: _____

Name des Hausarztes: _____

Ich bin mit einer Übermittlung der Befunde an meine Ärzte einverstanden

Mit den für meine Gesundheit notwendigen Datenverarbeitungsvorgängen nach Artikel 9 Abs.2 DSGVO bin ich einverstanden.

1. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

2. Leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

Bluthochdruck/Hypertonie

Angina pectoris

Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus

Cholesterinerhöhung

Erhöhung der Harnsäure im Blut / Gicht

Asthma bronchiale

Krebserkrankung

3. Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Befinden Sie sich in der Stillzeit?

Ja

Nein

4. Hatten Sie früher einmal folgende Erkrankungen?

Herzinfarkt

Schlaganfall

Thrombose

5. Haben Sie eine bisher nicht genannte Erkrankung?

7. Leiden Sie unter Allergien? Welche?

8. Wann wurde die letzte Hautkrebsvorsorge durchgeführt? _____

9. Bitte nennen Sie den Grund des Arztbesuches _____

Datum/Unterschrift: _____

(Freiwillige Angabe) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____