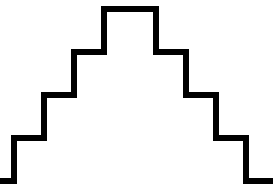


INTERNISTISCHE PRAXIS AM MARKT

Dres. T. Röper - W. Gottsleben - M. Köhler - L. Nietfeld - H. Eden - T. Höbbel-Schnell



Fachärzte für Innere Medizin – Kardiologie – Gastroenterologie

Internisten

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Dat.: _____ Datum: _____

Am Markt 3
30989 Gehrden
Fax:05108/920 57

Tel.: 05108/27 20
www.internisten-gehrden.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und möglichst vollständig.
Im gleichen Zuge bitten wir Sie um eine **Schweigepflichtentbindung** gegenüber
(bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhäuser | <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Familienangehörige |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt/Facharzt | <input type="checkbox"/> Reha-Kliniken | <input type="checkbox"/> _____ |

Unterschrift des Patienten

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Allergien (bitte geben Sie an, worauf Sie allergisch reagieren!):

- Heuschnupfen Medikamente sonstige Stoffe _____

Herz- und Gefäßerkrankungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Herzkatheter, wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine | <input type="checkbox"/> Thrombosen |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen, wann: _____ was: _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige | |

Lungenerkrankungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma, seit: _____ | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung, wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> chron. Bronchitis, seit: _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

Stoffwechselerkrankungen:

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, seit: _____ | Behandlung seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin seit: _____ | Behandlung seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenenerkrankung seit: _____ | Behandlung seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

Bauchorgane:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> vermehrt Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen: | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen: _____ | <input type="checkbox"/> Bauchoperation _____ |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen: _____ | <input type="checkbox"/> Stuhlgangunregelmäßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

Bitte wenden!

Knochen und Gelenkerkrankungen:

- Bandscheibenschaden, wo _____
- Rheuma
- sonstige: _____
- Gelenkbeschwerden, wo: _____

Erkrankungen der Harnwege und Geschlechtsorgane:

- Nieren-Infektionen _____
- Nierensteine wann / welche Seite _____
- Gynäkologische Erkrankungen: _____
- Erkrankungen der Prostata: _____
- sonstige: _____
- Häufige Blasen-Infektionen

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Präparate-Name	Dosierung (mg)	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Familienanamnese (Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie vorgekommen?):

- Zuckerkrankheit Herzinfarkt Hoher Blutdruck
- Krebsleiden: wenn ja, welches Organ: _____
- sonstige Erkrankungen: _____

Aktuelles **Gewicht** _____ kg **Körpergröße** _____ cm

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht (wie viel, was, seit wann nicht mehr)?

Seit: _____ wie viel: _____ was: _____ seit wann nicht mehr: _____

Alkohol nein wie viel _____ was _____
Drogen nein wie viel _____ was _____

Letzte Blutuntersuchung: wann _____ wo _____

Nehmen Sie an einem **DMP-Programm (Curaplan)** der Krankenkassen teil ? ja nein

Sonstige Erkrankungen, nach denen noch nicht gefragt wurde:

Bitte wenden!