

Name:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie uns einige Fragen zu Ihrer **medizinischen Vorgeschichte**. Sie helfen uns dadurch Risiken zu erkennen und Komplikationen zu vermeiden.

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Beschwerden:

Leiden Sie zusätzlich an einigen dieser Symptome? Bitte ankreuzen:

Schluckbeschwerden:	<input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme:	<input type="checkbox"/>	Durchfälle:	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen:	<input type="checkbox"/>	Blähungen:	<input type="checkbox"/>	Verstopfung:	<input type="checkbox"/>
Oberbauchschmerzen:	<input type="checkbox"/>	Übelkeit:	<input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl:	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie wichtige Vorerkrankungen oder Operationen im Bauchraum an:

Jahr	Erkrankung/Operation

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?	Nein	Ja	Erläuterung
Hepatitis B, Hepatitis C, AIDS, HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler oder Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma oder chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind sie Herzschrittmacherträger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sind in Ihrer Verwandtschaft bestimmte Krebserkrankungen häufig? Bitte ankreuzen:

Speiseröhrenkrebs	<input type="checkbox"/>	Darmkrebs	<input type="checkbox"/>
Magenkrebs	<input type="checkbox"/>	Bauchspeicheldrüsenkrebs	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

	Ja	Nein
ASS, Acetylsalicylsäure, ASS 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falithrom , Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iscover, Plavix, Clopidogrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel wie Ibuprofen , Diclofenac, Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam der **Praxis für Innere Medizin**

-Bitte wenden!-

Name:

Bitte beantworten Sie uns noch nachfolgende Fragen:

Aktuelle Adresse:

Aktuelle Telefonnummer:

(möglichst privat und beruflich oder Mobilnummer, damit wir Sie bei kurzfristigen Terminänderungen auf jeden Fall erreichen können)

Krankenversicherung:

Hausarzt:

Überweisender Arzt:
