

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon priv.: _____ **Mobil:** _____

Hausarzt? / derzeit behandelnder Arzt? _____

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie jetzt in die Praxis?

Leiden Sie unter: (bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sexualstörungen |
| <input type="checkbox"/> Salzhunger | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> häufiges Frieren |

Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten Monaten verändert?

- nein ja zugenommen um _____ kg in _____ Monaten
 abgenommen um _____ kg in _____ Monaten

Körpergröße _____ cm **Körpergewicht** _____ Kg

Letzte Regelblutung (1. Tag): _____

Beruf? _____

Leiden Sie unter Allergien?

- nein ja, welche? _____

Rauchen Sie?

- nein ja, wie viele Zigaretten? _____ am Tag

Haben Sie Alkoholprobleme?

- nein ja

Vorerkrankungen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herz - | <input type="checkbox"/> Lungen - | <input type="checkbox"/> Leber – |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse - | <input type="checkbox"/> Magen - | <input type="checkbox"/> Nieren-Krankheiten |

(Weitere Erkrankungen, incl. Krankenhausaufenthalte, Operationen etc.)

Wann war Ihre letzte Diphtherie- /Tetanus-Impfung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein und in welcher Dosierung? Pille?

Medikamente + Stärke	morgens	mittags	abends	nachts
----------------------	---------	---------	--------	--------

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine, Mineralstoffe, Biotin) oder Johanniskraut ein? nein ja

Welche: _____

Gibt es chronische Krankheiten in der Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)
z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen

Sollten Sie einen Termin am Vormittag haben, bitte Thyroxin am Untersuchungstag erst nach der Blutentnahme einnehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte/Krankenkasse über die Untersuchungsergebnisse/Gesundheitszustand informiert werden. (Arztberichte, Rezepte und AU werden elektronisch versandt)

Ja

Nein

Die Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden in unserer Praxis umgesetzt und liegen in der Praxis aus oder können auf unserer Homepage eingesehen werden
www.gesundheitnord.de/fachaerztezentrum-hanse

Datum: _____ **Unterschrift:** _____