

Patienten-Nr.

Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in allen Gesundheitsfragen und helfe Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

Im Krankheitsfall berücksichtige ich immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten. Deshalb bitte ich Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Eine möglichst vollständige Ausfüllung wäre sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine der Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen händigen Sie mir bitte beim Erstkontakt aus.

Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name, Vorname:	_____			
Straße, Haus-Nr.:	_____			
Postleitzahl, Ort.:	_____			
Tel.-Nr. Festnetz:	_____	Tel.-Nr. Mobil:	_____	
E-Mail:	_____			
Geburtsdatum:	_____	Gewicht: _____ kg	Körpergröße: _____ cm	BMI: _____

Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Ehefrau / Ehemann	<input type="checkbox"/> Mutter / Vater	<input type="checkbox"/> Tochter / Sohn	<input type="checkbox"/> Schwester / Bruder	<input type="checkbox"/> _____
Name, Vorname:	_____				
Anschrift:	_____				
Tel.-Nr. Festnetz:	_____	Tel.-Nr. Mobil:	_____		
E-Mail:	_____				

Ihre Wünsche:

- Ich wünsche einen Check-up nein ja
- Ich komme wegen einer akuten Erkrankung nein ja, _____
- Ich komme wegen einer chronischen Erkrankung nein ja, _____
- Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes nein ja (Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit)
- Ich komme wegen _____

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und die von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch, wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.
- Ich möchte von einem Recall-System (z.B. Erinnerung an Impftermine, Vorsorgen, etc.) profitieren.
(Empfehlen wir sehr / können Sie jederzeit widerrufen / falls dennoch nicht gewünscht, dann bitte streichen)

Ich habe ein besonderes Anliegen: _____

Berufs- und Lebenssituation

Sie sind Schüler/Student Hausfrau Rentner berufstätig als _____

bei Firma: _____

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? nein ja: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis nein ja, _____ Prozent

Sie sind ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja: _____ / ggfs. Geburtsjahr(e) _____

Rauchen Sie? nein ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig

Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: beruflich

in Ihrer Freizeit (Sport)

Wie oft in der Woche: _____ Mal / _____ Std./Min. insgesamt

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____

Bluthochdruck ja bei wem? _____

Blutzuckerkrankheit ja bei wem? _____

Schlaganfall ja bei wem? _____

Darmkrebs ja bei wem? _____

Brustkrebs ja bei wem? _____

Krebs, sonst. ja bei wem? _____

welche Art? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Keine ja

Diabetes ja

Blutungsneigung ja

Bluthochdruck ja

Cholesterin zu hoch ja

Magenerkrankungen ja

Nierenerkrankung ja

Darmerkrankungen ja

Lebererkrankung ja

Schilddrüse ja

Tuberkulose ja

Krebs ja

Welche Art? _____

Schwindelanfälle ja

Herzkrankheit ja

Herzinfarkt ja

Schlaganfall ja

Gicht ja

Rheuma ja

Asthma / chron. Bronchitis ja

Anfallsleiden ja

Psychische Erkrankung ja

Hautkrankheit ja

Allergien ja

Welche? _____

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt Orthopäde Urologe
Kardiologe Neurologe Sonstiges: _____

Welche Operationen hatten Sie?

Keine ja
Herz-OP ja Brust-OP ja
Gefäß-OP ja Gebärmutter-OP ja
Krebs-OP ja Mandeln-OP ja
Schilddrüsen-OP ja Blinddarm-OP ja
Gallenblasen-OP ja Bruch-OP ja
Sonstige Operationen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Aktuelle Beschwerden

Durst vermehrt vermindert normal
Appetit vermehrt vermindert normal
Stuhlgang Durchfall Verstopfung normal
Wasserlassen mit Brennen nachts öfter Startschwierigkeiten normal
Monatsblutungen schmerzhaft stark keine regelmäßig
Nachtschwitzen vermehrt normal
Gewicht Zunahme ____kg Abnahme ____kg konstant
Mir ist oft kalt / warm ja nein
Ich schwitze übermäßig ja nein
Ich habe oft Kopfschmerzen ja nein
Ich habe Luftnot/Luftmangel: im Liegen beim Treppensteigen bei Aufregung

Vielen herzlichen Dank!

Marienfeld, den _____
(Unterschrift)

Gerne würden wir noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Telefonbuch auf Empfehlung sonstiges: _____
 Gelbe Seiten Mundpropaganda
 Internet zufällig
Nutzen sie das Internet? ja nein

- Dr. med. M. Busse . Arzt für Innere Medizin . Sportmedizin . Naturheilverfahren . Akupunktur
- Reisemedizinische Gesundheitsberatung . Ernährungsmedizin . Hausärztliche Geriatrie
- Ärztliche Wundtherapie (Wundmanagement) . Psychosomatische Grundversorgung . Palliativmedizinische Grundversorgung
- Reise- und Tropenmedizin (CRM) . Gelbfieberimpfstelle des Landes NRW