



Version 1.0	<i>Neuer Patient</i> Zuletzt geändert am 04.01.2021
----------------	--

Willkommen im Hausarztzentrum Peterstrasse

Zur optimalen Behandlung benötigen wir noch einige Angaben über Ihre Vorerkrankungen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.Nr.: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Privat? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wurde bei Ihnen oder in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen festgestellt?

		Familiär
Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Erkrankungen Leber/Galle	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Herz-Kreislauf, Herzinfarkt oder Schlaganfall?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Darmerkrankungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Blasen-Nieren-Erkrankung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Rauchen Sie? Wie viele?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Thrombose/Gefäßkr.?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Krebsleiden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Haben Sie eine Patientenverfügung?		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Sind Sie schon einmal operiert worden?		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Wenn ja, wann und welche OP?	_____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Gastroskopie oder Koloskopie durchgeführt?
 nein ja

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Erstellt: A. Pradelt	Geprüft: R. Busse	Freigegeben: 16.06.2020
----------------------	-------------------	-------------------------