

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
NACHNAME, VORNAME DES VERSICHERTEN						GEBURTSDATUM
KOSTENTRÄGERKENNUNG		VERSICHERTEN-NR		STATUS		
BETRIEBSSTÄTTEN-NR		ARZT-NR		DATUM		

ALTER	GRÖSSE	GEWICHT	GESCHLECHT MÄNNL. <input type="checkbox"/> WEIBL. <input type="checkbox"/>	
ERLERNTER BERUF				
AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT			LIEGT EIN ARBEITSUNFALL VOR ? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
FAMILIENSTAND		LEDIG <input type="checkbox"/>	VERHEIRATET <input type="checkbox"/>	VERWITWET <input type="checkbox"/>
		GETRENNT LEBEND <input type="checkbox"/>	GESCHIEDEN <input type="checkbox"/>	
STAATSANGEHÖRIGKEIT				

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in der Privatpraxis Dr. med. Siegfried Ascher begrüßen zu dürfen. Um Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe und einige Informationen über Sie. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Ihr Praxisteam
Dr. med. Siegfried Ascher

Aktuelle Beschwerden / Gesundheitsstörungen

	ja	nein	weiß nicht
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen / Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen / Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

	ja	nein	weiß nicht
Typhus, Paratyphus, Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen-Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen-, Rippenfellentzündung länger dauernde Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten oder Staub, Eiweiß, etc. (z.B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offenes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, Durchfall, Blutbeimlagerungen z. Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	weiß nicht
Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen, wenn ja, wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der weibl. Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßige Periode Letzte Periode am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis, Tripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkrheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnwurzel-, Kiefererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs (einschließlich Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten (keine Operationen) <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwangerschaft

	ja	nein	weiss nicht
Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Fragen zur Krankengeschichte

ja nein

Leiden Sie an einer Sehstörung?

Wurden Sie schon einmal/mehrfach operiert?
Wenn ja, woran?

Wurden Sie schon einmal mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?
Wenn ja, woran?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in den Mittelmeerländern oder Tropen?

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Welche? inkl. Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel

Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate? *Wieviel?*

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? _____
Wenn ja, wieviel?

Rauchen Sie gewohnheitsmäßig? _____
Wenn ja, wieviel?

Haben Sie geraucht?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen?
Wenn ja, welche?

Treiben Sie weniger als 2mal wöchentlich Sport?

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

ja nein

durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)

durch Staub, Rauch, Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)

durch Schichtarbeit

Der Speicherung meiner persönlichen Daten unter Beachtung der nationalen Datenschutzgesetze und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) stimme ich zu. Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Personen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Sonstige Fragen zum Allgemeinbefinden

ja nein

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5kg **zugenommen**?

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5kg **abgenommen**?

Haben Sie auffallend großen Durst?

Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein?

Bedrückt Sie etwas (beruflich oder privat)?

Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden?

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

Vater Mutter Großeltern Kinder

Hoher Blutdruck, Schlaganfall

Herzinfarkt

Übergewicht

Zuckerkrankheit / Diabetes

Gicht

Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten

Epilepsie (Fallsucht)

Tuberkulose (Tbc)

Gallen-, Nieren- oder Blasensteine

Krebs (einschl. Blutkrebs)

Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)

Andere Krankheiten
Welche?

Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?
Wenn ja, welche?

Wünschen Sie zukünftig eine Terminerinnerung?

Ja, ich möchte vom Recall-System Ihrer Praxis profitieren. Bitte informieren Sie mich über fällige Termine.

Alle Termine Impfungen Check-Ups Krebsvorsorge

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung Telefon-/Branchenbuch Zeitungsanzeige

Internet Überweisung von... Sonstiges...

DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT / GESETZLICHER VERTRETER

UNTERSCHRIFT VERSICHERUNGSNEHMER