

.....  
Name, Vorname

Geburtsdatum

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

für eine individuelle Einschätzung sämtlicher Risiken und möglicher Nebenwirkungen bitten wir Sie um folgende Angaben zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte sowie Ihres aktuellen Gesundheitszustandes. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Datenschutzbestimmungen. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen mit. Vielen Dank.

Wer ist Ihr Hausarzt? .....

Hatten oder Haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Asthma (schwere Atemnot) / Lungenerkrankungen?	ja	nein	Nierenerkrankungen?	ja	nein
Allergische Reaktionen? Wenn ja, worauf haben Sie allergisch reagiert? .....	ja	nein	Lebererkrankungen?	ja	nein
Unverträglichkeit von Medikamenten? Wenn ja, welche? .....	ja	nein	Rauchen Sie? Was und ungefähr wie viel? .....	ja	nein
Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein	Schlaganfall?	ja	nein
Herzerkrankungen? Wenn ja, welche? ..... .....	ja	nein	Wurde eine Tumorerkrankung festgestellt? ..... Wann? ..... Wie wurde diese therapiert? .....	ja	nein
Kreislaufkrankungen / -beschwerden?	ja	nein	Ist eine Zuckererkrankung (Diabetes) bekannt? Kennen Sie Ihren Langzeitblutzuckerwert (HbA1c)? .....	ja	nein
Bluterkrankungen? Blutgerinnungsstörungen?	ja	nein	Epilepsie/Anfallsleiden?	ja	nein
Infektionskrankheiten? (Hepatitis / Gelbsucht, HIV, andere?)	ja	nein	Osteoporose?	ja	nein
Glaukom (grüner Star)?	ja	nein	Rheuma?	ja	nein
Hautkrankheiten?	ja	nein			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? (Bitte Medikationsplan mitbringen. Danke.)

.....

Bitte wenden...

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche? ..... Wann? ..... Gab es Komplikationen? .....	ja	nein	Wurden Ihnen bereits Endoprothesen oder Implantate (z. B. Hüfte, Knie, Herzklappe oder ähnliches) eingesetzt?	ja	nein
Haben Sie eine Behinderung? Wurde der Grad der Behinderung festgestellt?.....	ja	nein	Wurde Ihnen ein Pflegegrad bewilligt? Welcher?.....	ja	nein
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	ja	nein			

Fällt Ihnen noch etwas ein, das wir wissen sollten?

.....

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie – im Rahmen der Behandlung – kontaktieren dürfen? Dies ist beispielsweise bei Terminänderungen oder medizinischen Rückfragen der Fall.

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme seitens der Praxis Hradschin einverstanden: ja nein

Wenn ja: Telefonnummer:.....

E-Mail:.....

**Nur für Patienten der allgemeinärztlichen Abteilung:**

Sind Sie im Rahmen der Vorsorge und Prophylaxe an einem Termin-Erinnerungssystem (Recall) interessiert? ja nein

Bitte beachten Sie, dass für wiederholt nicht wahrgenommene (und nicht vorher abgesagte) Termine Ausfallgebühren in Rechnung gestellt werden können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/-in

Unterschrift Behandler