



Die Hausärzte am Friedensengel

Internistische
Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Michael Goretzki
Dr. med. Dušan Prevalšek
Widenmayerstr. 24
80538 München

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Angaben sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Telefon: privat: geschäftlich:

Email: Handy:

Familienstand: Kinder:

Größe (in cm): Gewicht (in kg):

Allergien:

Grund des heutigen Besuchs / Beschwerden:

.....

<u>Haben/hatten Sie Erkrankungen:</u>	Ja	Nein	Welche?	Wann?
Kopf/Hals/Schilddrüse/Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz/Kreislauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunge/Atemwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-/Darmsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niere/Harnsystem/Genital/Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem und Psyche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochen/Muskeln/Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Welche Operationen hatten Sie? in welchem Jahr?
.....
.....



Welche Medikamente nehmen Sie ein?
(für Patientinnen auch: Hormonpräparate und Antibabypille)

Häufigkeit?

Dosierung?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

für Patientinnen:

Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Falls ja: Welche Schwangerschaftswoche?.....

Gibt es in Ihrer Familie folgende Krankheiten:

Welche?

Bei welchen Verwandten?

Herzerkrankungen?

.....

Bluthochdruck?

.....

Schlaganfälle?

.....

Durchblutungsstörungen der Beine?

.....

Zuckerkrankheit?

.....

Krebsleiden?

.....

Lungenerkrankungen?

.....

Nierenerkrankungen?

.....

Gerinnungsstörungen/Thrombosen?

.....

Andere Erkrankungen?

.....

Ihre Gewohnheiten:

Ja Nein

Rauchen Sie?

Wieviel: Seit wann:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wieviel: Welchen:

Treiben Sie Sport?

Wie oft: Was:

Essen Sie Fleisch- und Milchprodukte?

Wie oft: Was:

Datum, Unterschrift