

Liebe Patienten!

Willkommen in unserer Praxis für Innere Medizin! Vorab einige Fragen, um die Zusammenarbeit ein wenig zu vereinfachen:

1. **Name:** _____ **Vorname:** _____ **Telefon:** _____

2. **Größe:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg

3. Welche Medikamente nehmen Sie **regelmäßig** ein?

z. B. Herz-, Kreislauf- oder Diabetesmedikamente, Cholesterinsenker

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	manchmal

4. Nehmen Sie **zur Zeit** andere Medikamente, z. B. Husten- oder Schmerzmittel? Seit wann?

5. Weshalb kommen Sie zu uns / Woran leiden Sie?

6. Sind bei ihnen **Vorerkrankungen** bekannt? („Zucker“, Herzinfarkt, Schlaganfall etc.)

7. Sind in ihrer **Blutsverwandtschaft** oben genannte Erkrankungen bekannt?

8. Haben sie Probleme mit der **Verdauung**? Ja Nein

9. Haben Sie **Atemnot**? Ja Nein

Bei Belastung? (Radfahren, Treppensteigen, bergauf gehen etc.)

in Ruhe

im Schlaf

10. Trinken sie **regelmäßig**

Kaffee? Wie viel? _____

Alkohol? Wie viel? _____

11. **Rauchen** Sie? Ja, pro Tag _____ Stück Nein, noch nie nicht mehr seit _____

12. Wann war ihre letzte **Vorsorgeuntersuchung**?

(**Männer:** Check-Up/Krebsvorsorge, **Frauen:** Krebsvorsorge beim Frauenarzt) _____

13. Haben Sie **Allergien**? Nein Ja: _____

nicht bekannt

14. **Schnarchen** Sie? Ja Nein nicht bekannt

15. Haben Sie im Schlaf **Atempausen**? Ja Nein Nicht bekannt

16. Haben Sie einen **Impfausweis**? Ja Nein

17. Sind sie in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus/Diphtherie geimpft worden?

Nein Ja Wann? _____

(**Mehrfachnennungen sind möglich!**)

Vielen Dank! Selbstverständlich werden Ihre Angaben **vertraulich** behandelt!