

Informationsbogen Erstvorstellung



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Männlich Weiblich

Beruf: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

■ **Dr. med. Volker Maßmann**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie (nur privatärztlich)

■ **Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Ernährungsmedizin; Lymphologie

49545 Tecklenburg
Ostlandweg 4

Tel.: 05481/93990
Fax: 05481/9399130

E-Mail: info@praxis-leeden.de
www.praxis-leeden.de

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

da Sie sich in unserer Praxis das erste Mal vorstellen möchten, wäre es für uns sehr hilfreich, wenn Sie uns vorab einige Informationen über Ihre Person, über eventuelle Vorerkrankungen und chronische Erkrankungen auch in Ihrer Familie geben.

Dieses Vorgehen erleichtert uns die Arbeit sehr und soll verhindern, dass wichtige Informationen im Laufe des persönlichen Gesprächs vergessen werden. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Außergewöhnliche Kinderkrankheiten, z. B. Kinderlähmung, rheumatisches Fieber, infektiöse Gelbsucht:

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gicht	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
HIV	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Asthma	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Andere Vorerkrankungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	

Wurden Sie schon einmal operiert?

(z. B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, usw.)

Welche?

Wann?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergien

Gegen Medikamente:

nein ja

Wenn ja, gegen welche? _____

Andere Allergien (z. B. Pflaster, Nickel, Heuschnupfen):

Erkrankungen in der Familie, z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Asthma, Krebserkrankung:

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Kinder: _____

Sonstige Blutsverwandte: _____

Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung ein?

Bitte geben Sie auch die Medikamente an, die Sie nur unregelmäßig nehmen, auch die freiverkäuflichen Präparate, Insulin oder eine Schlafmaske.

Sind Sie schwanger

nein ja vielleicht

Haben Sie einen kompletten Impfschutz?

nein ja

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Checkup 35)?

Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt?

Haben wir noch etwas Wichtiges ausgelassen, das auf keinen Fall vergessen werden darf oder Ihnen gerade in diesem Moment einfällt und Sie dringend mit uns besprechen möchten?

Notieren Sie es gerne hier:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!