



FAMILIENPRAXIS JESTEBURG

Dr. med. Katrin Pinninghoff-Buß
FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, PALLIATIVMEDIZIN

Dr. med. Sebastian Fokuhl
ANGESTELLTER ARZT

Seevestraße 6, 21266 Jesteburg
Tel. 04183 - 77834-0
Fax 04183 - 77834-29
info@praxisjesteburg.de

Vorname, Nachname (Patient) _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____ Telefon (geschäftlich) _____

Beruf/Arbeitgeber _____

Name der Versicherung / Krankenkasse _____

Vorname, Nachname des Versicherten _____ Geburtsdatum des Versicherten _____

Hausarzt (evtl. Adresse, Telefon) _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz- Kreislauf-Erkrankungen:	Bitte ankreuzen	Infektionskrankheiten:	Bitte ankreuzen
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	andere: _____	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Weitere Erkrankungen:	Bitte ankreuzen	Allergie oder Unverträglichkeiten:	Bitte ankreuzen
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Penicillin / Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	andere: _____	
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
andere: _____			

Allgemeine Information:	Bitte ankreuzen
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja , bitte sprechen Sie diese beim Arztgespräch an
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfpass vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Information:
 Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
 Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wie / durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte vollständig ausfüllen!