

Praxis Dr. med. Petra Ganal und Dr. med Franziska Runge
 Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
 Hausärztliche Betreuung

Liebe Patientinnen und Patienten

Vor dem Erstbesuch in unserer Praxis bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen bezüglich Ihrer Vorerkrankungen auszufüllen. Auf diese Weise können wir Sie besser kennenlernen und auch umfassender behandeln. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Ausgeübte Tätigkeit/Beruf	
Telefonnummer	
Leben Sie alleine?	
Haben Sie Kinder? Wie alt?	
Ansprechpartner im Notfall? (Name, Telefonnummer)	

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

Erkrankung	Ja	nein	Seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen der Beine/Thrombose/Krampfadern			
Zuckerkrankheit/Diabetes			
Fettstoffwechselstörung			
Krebserkrankung			
Lebererkrankungen/Gelbsucht			
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)			
Magenerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankung			
Rheuma			
Nierenerkrankungen			
Hauterkrankungen			
Gicht			
Epilepsie (Krampfanfälle)			
Blutarmut/Bluterkrankungen			
Psychische Erkrankungen			
Sonstiges			

Welche Operationen/Unfälle hatten Sie?

Operationen/Unfälle	Wann?

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein, wenn ja welche und wie oft?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Haben Sie bekannte Allergien, oder auch Medikamentenunverträglichkeiten?

- Rauchen Sie? ja nein
- Trinken Sie Alkohol (wie oft/wie viel)? ja nein
- Nehmen Sie Drogen? ja nein
- Treiben Sie Sport? ja nein
- Haben Sie, einen Pflegegrad? ja nein
- Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein
- Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie Hilfsmittel? (z.B. Rollator, Rollstuhl, Gehstock...)

Sind in der Familie (Mutter, Vater) folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankungen	Ja	nein
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall		
Durchblutungsstörungen der Beine/Thrombose/Krampfadern		
Diabetes/Zuckerkrankheit		
Krebserkrankungen		

Besitzen Sie einen Impfpass?

ja

nein

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht worden?

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Ihr Praxisteam