

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir gemeinsam Ihre medizinischen Anliegen besprechen, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben. Sie können sich jederzeit an uns wenden, wenn Sie Rückfragen oder Anmerkungen haben.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Patientendaten

| | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Vorname | <input type="text"/> | Name | <input type="text"/> |
| Geschlecht | <input type="text"/> | Titel | <input type="text"/> |
| Straße . Hausnr. | <input type="text"/> | PLZ . Ort | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | Staatsangehörigkeit | <input type="text"/> |
| Beruf | <input type="text"/> | Arbeitgeber | <input type="text"/> |
| Telefon privat | <input type="text"/> | Telefon mobil | <input type="text"/> |
| Telefon dienstlich | <input type="text"/> | email | <input type="text"/> |
| Pflegegrad | <input type="text"/> | Hilfsmittel | <input type="text"/> |
| Notfallkontakt | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | Patientenverfügung | <input type="text"/> |
| Vorsorgevollmacht | <input type="text"/> | Kinder | <input type="text"/> |

Versichertendaten

Krankenkasse GKV PKV

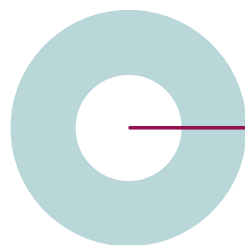
Versichert als Mitglied Familienmitglied Renter sonstiges:

Versicherungsnummer

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name

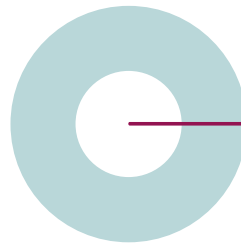
Adresse



GESUNDHEITSFragen

Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten sie. Wenn Sie Fragen haben - wir helfen Ihnen gern.

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| HERZ/ KREISLAUF | ja | nein | STOFFWECHSEL | ja | nein | GEHIRN/ NERVEN/ GEMÜT | ja | nein |
| Herzfehler | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kopfschmerzen/ Mi- gräne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Typ I | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krampfanfälle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Demenz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Typ II | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Morbus Parkinson | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hoher Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Insulinpflichtig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Polyneuropathie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gicht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Depression | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | (erhöhte Harnsäure) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstiges | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsen über- funktion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsen unter- funktion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Durchblutungsstö- rungen/ pAVK | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige Schilddrüsenerkran- kung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| Blutfettwerterhöhung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | |
| LUNGE/ ATEMWEGE | ja | nein | NIERE/ PROSTATATA | ja | nein | NIKOTIN/ ALKOHOL | ja | nein |
| Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nierensteine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lungenentzündung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frequenz & Menge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| COPD | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andere Nierenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alkohol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlafapnoe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | Frequenz & Menge | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schnarchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Prostatavergröße- rung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andere Drogen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Andere Lungenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | AUGEN/ OHREN | ja | nein | ALLERGIEN | ja | nein |
| MAGEN/ DARMS/ LEBER | ja | nein | Grauer Star | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Medikamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Magengeschwür | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Glaukom | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Darmerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Brillenträger | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pollen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | Hörgeräte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | Sonstiges | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige Allergien? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leberinsuffizienz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gallensteine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | KNOCHEN/ SKELETT | ja | nein | Heuschnupfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | Rheuma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | Wirbelsäulen-/ Rückenleiden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



DR.
HELDMANN
+TEAM

INTERNISTISCHE HAUSARZTPRAXIS

SONSTIGES

ja nein

Infektionskrankheiten

Thrombose

Krebserkrankung

Gewicht

Größe

OPERATIONEN

Welche, wann, wo?

**MITBEHANDELNDE ÄRZTE
NAME, FACHRICHTUNG**

MEDIKAMENTE

auch selbstgekaufte und Nahrungsergänzungsmittel

| Wirkstoff | Dosis | morgens | mittags | abends | verordnet von |
|-----------|-------|---------|---------|--------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN BZW. GESETZLICHEN VERTRETERS