



Hausarztpraxis Bedburg-Hau

Liebe Patientin, lieber Patient,

Um die Untersuchung und Behandlung für Sie bestmöglich durchzuführen zu können, bitte wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Hausarztpraxis Bedburg-Hau

Rosendaler Weg 10a
47551 Bedburg-Hau

Tel: 0 28 21 - 741 36 32

Fax: 0 28 21 - 741 36 30

info@hausarztpraxis-bedburghau.de

www.hausarztpraxis-bedburghau.de

Dr. med. Marc Antonius Lohmann

Facharzt für Innere Medizin,
hausärztliche Versorgung

Lena Verhasselt

Fachärztin für Innere Medizin,
hausärztliche Versorgung

.....
Name, ggf. Geburtsname, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Telefon (für evtl. Befundübermittlungen)

.....
Handy

.....
Email Adresse

.....
ggf. gesetzlicher Betreuer*in, Telefonnummer

.....
Heimname (falls Heimpatient)

.....
Wohnbereich / Station und Zimmernummer

.....
Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt

.....
Pflegegrad

.....
Schwerbehindertenausweis (mit Merkzeichen)

.....
Haben Sie eine Befreiungskarte? (bitte vorzeigen)

Medizinische Information

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt. Sie erleichtern es uns, auf evtl. Anfragen durch Krankenkassen, Versorgungsämter, Versicherungen etc. in Ihrem Interesse rasch und vollständig reagieren zu können. Eine Weitergabe an die genannten Institutionen erfolgt in jedem Fall erst nach Ihrer ausdrücklichen und schriftlichen Erlaubnis.

Metrische Angaben zur Person:

.....
Gewicht in kg

.....
Größe in cm

Letzter Krankenhausaufenthalt:

.....
Grund, Ort



Zur Zeit eingenommen Medikamente:

.....

.....

.....

.....

Medikamentenliste wird beigelegt

Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien

.....

Eigene Krankheitsvorgeschichte

Ja

Nein

Erläuterung

Eigene Krankheitsvorgeschichte	Ja	Nein	Erläuterung
Asthma, Lungenerkrankungen			
Hautkrankheiten			
Augenkrankheiten, Sehschwäche, Sehhilfe			
Ohrenkrankheiten, Schwerhörigkeit			
Magen-Darm-Krankheiten			
Blasen-Nieren-Krankheiten			
Wirbelsäulen-Krankheiten			
Andere Knochen-Gelenk-Krankheiten			
Zuckerkrankheit			
Bluthochdruck			
Herz-Kreislauf-Krankheiten			
Infektionskrankheiten (z.B.: TBC, Hepatitis etc.)			
Anfallsleiden			
Krebserkrankungen			
Andere Krankheiten			
Angeborene Krankheiten			
Operationen			
Bluttransfusionen			
Unfälle			



	Nein	Täglich	Gelegentlich	Wieviel	Seit wann?
Rauchen					
Alkoholkonsum					
Drogen					

Bisherige Voruntersuchungen und wann? wie zB.: Magen- / Darmspiegelungen, etc. wann?

Impfstatus

Ja

Nein

Unvollständig

Impfpass vorhanden			
Kinderimpfung			
Covid 19			
Datum der letzten Covid Impfung			

Beschwerden

Ja

Nein

Erläuterung

Husten / Auswurf			
Atemnot			
Kreislauf			
Schwindel			
Ohnmacht			
Kopfschmerzen			
Herzbeschwerden			
Übelkeit, Erbrechen			
Beschwerden beim Wasserlassen			
Beschwerden beim Stuhlgang			
Schlafstörungen			
Allergische Reaktionen			
Hautausschläge			
Bei Frauen: Zyklusstörungen			
Patienten Notizen:			



Familiengeschichte

bei Eltern, Großeltern, Geschwistern sind folgend

Erkrankungen bekannt:

	Ja	Nein	Erläuterung
Allergien			
Asthma, Lungenerkrankungen			
Hautkrankheiten			
Zuckerkrankheit			
Bluthochdruck			
Herz-Kreislauf-Krankheiten			
Infektionskrankheiten (z.B.: TBC, Hepatitis etc.)			
Anfallsleiden			
Krebserkrankungen			
Andere Krankheiten			

Bitte denken Sie daran, uns Ihren Impfpass zur Überprüfung einzureichen!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich stets mitteilen.

.....
Datum

.....
Unterschrift