

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Peter Maier

Internist

Dr. med. Heiko Weerda

FA für Allgemeinmedizin



Gritschstr. 15

85276 Pfaffenhofen

Tel. 08441 – 804888

Fax. 08441 – 804889

Rezepte: 08441 – 804887

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Erhebungsbogen für neue Patienten:

Sehr geehrte neue Patientin, sehr geehrter neuer Patient:

Wir bitten Sie den Fragebogen über Vorerkrankungen auszufüllen um uns eine korrekte Einschätzung Ihrer Krankengeschichte bilden zu können. Das Ausfüllen des Bogens erfolgt auf freiwilliger Basis. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Familienerkrankungen:

Herzinfarkt / Schlaganfall / Krebserkrankung / Diabetes mellitus / Bluthochdruck / Gicht
Wer? _____

Eigene Vorerkrankungen:

Kinderkrankheiten (Masern / Mumps / Röteln / Scharlach / Ringelröteln)

Frühere Operationen / Unfälle (Art? Alter?) _____

Stoffwechsel:

Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörungen / Gicht / Schilddrüsenerkrankungen

Kreislauf:

Bluthochdruck / niedriger Blutdruck / Herzrhythmusstörungen / Herzklappenerkrankungen /
Bewusstlosigkeit / Sonstige: _____

Lungenkrankheiten:

Tuberkulose / Asthma bronchiale / Lungenentzündung /
Sonstige: _____

Verdauungssystem:

Leber / Hepatitis / Gallensteine / Bauchspeicheldrüsenentzündung /
Magen : Geschwüre / Tumore / Gastritis / Helicobacter / Darmentzündung / Colitis / Morbus-Crohn
/ Polypen

Niere und Geschlechtsorgane:

Nierensteine / Nierenbeckenentzündung / Blasensteine / Blasenentzündung / Nierenversagen /
Sonstige: _____

Gefäßerkrankungen:

Schlaganfall / Gehirnblutung / Thrombosen der Beinvenen / Durchblutungsstörungen Beine, Arme,
Gehirngefäße / Sonstige : _____

Infektions-/Tropenkrankheiten (z.B. Malaria / Gelbfieber / Typhus): _____

Nervenerkrankungen : Lähmungen / Gehirnhautentzündung: _____

Psychische oder Gemütskrankungen : _____

Allergien (Medikamente / Penicillin / Nahrungsmittel / Heuschnupfen / Neurodermitis) :

Name:

Geburtsdatum:

Welche Beschwerden haben Sie derzeit?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig und wie oft täglich?

Regelmäßiger Konsum von Nikotin?

Pro Tag : _____

- täglich
- selten
- nie

Regelmäßiger Konsum von Alkohol?

Pro Tag : _____

- täglich
- gelegentlich
- nie

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Wie ist Ihr Familienstand?

Haben Sie Kinder, wenn ja wie viel und wie alt?
