

GEMEINSCHAFTSPRAXIS IM SALVATORZENTRUM

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm)

Wieviel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

GEMEINSCHAFTSPRAXIS IM SALVATORZENTRUM

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

Sozialanamnese

Familienstand:

Kinder:

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

.....

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.
Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Dormagen, den _____ Unterschrift: _____