

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Um Sie besser kennenlernen zu können und damit wir Ihnen besser helfen können,
bitten wir Sie um einige Informationen.

Name	Vorname	Telefonnummer
Ausgefüllt am:		
1a. Kommen Sie zur Früherkennung/Vorsorgeuntersuchung ?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1b. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie? <input type="checkbox"/> keine		
1c. alternativ: Grund der Vorstellung		
2. Wenn ja, seit wann bestehen diese Beschwerden?		
<input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate		
4. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ?		
<input type="checkbox"/> keine		
5. Haben Sie in der letzten Woche blutverdünnende Medikamente , Schmerzmittel oder Antibiotika genommen? (z.B. ASS, Aspirin, Plavix, Marcumar, Ciprofloxacin)		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Hatten Sie Operationen ?		
z. B.		
<input type="checkbox"/> Zucker/Diabetes <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> bösartige Erkrankung/Krebs <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/Hypertonus <input type="checkbox"/> keine		
7. Wer ist Ihr Hausarzt ? Wer ist Ihr Urologe ?		
8. Haben Sie Allergien ? Insbesondere gegen Medikamente ?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, gegen was?		
9. Was machen Sie beruflich ?		
10. Ggf. eMail-Adresse :		
Eine Kommunikation/Terminvereinbarung/Rezeptbestellung ist per eServices möglich. Interesse daran: <input type="checkbox"/> ja		
Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr. A. Behm	Version: 1.06 / vom: 05.02.2018
Erstellt am: 17.08.2013	Freigegeben am: 17.08.2013	Seite 1 von 1