

HAUSARZT ZENTRUM

Leopoldstraße 10, 44147 Dortmund
0231 81 80 12



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel: _____

Email: _____

Ärztliche Fragen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte(r), liebe(r) Patient(in)! Bitte versuchen Sie diese Fragen vollständig auszufüllen.
Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Haben Sie bisher Operationen
gehabt? welche? (z.B. Blinddarm, Mandeln)

.....
.....

5. Rauchen Sie? Seit wann u. wie viel?

.....
.....

2. Haben Sie bekannte Vorerkrankungen ?
ja nein

Zuckerkrankheit ja nein

Bluthochdruck ja nein

Lungenerkrankung ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Weitere Erkrankungen (z.B. Depression) :

.....
.....

6. Trinken Sie Alkohol? Wie viel?

.....
.....

7. Ihre Größe und Gewicht?

.....

8. Was machen Sie beruflich?

.....
.....

9. Eingenommene Medikamente:

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

3. Haben Sie bekannte Allergien? Welche?

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

10. sonstige gesundheitliche Probleme:

4. Wurden bereits Impfungen durchgeführt?

Welche? Impfpass (bitte mitbringen)?

.....
.....

Wie oder wo durch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet durch Zufall Empfehlung durch Bekannte

Sonstige

Ich erkläre mich Einverstanden, dass ich das Recall - System der Praxis Akin Kara, Dortmund,
aufgenommen werde und Erinnerungen sowie Terminvorschläge zu vorbeugenden Untersuchungen erhalten.

Dortmund, den

Unterschrift d. Patienten