Hausärztliche Praxis
Dr. med. Markus Kaufmann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Innere Medizin
Manuelle Medizin / Chirotherapie

Gasstr. 1
66538 Neunkirchen
Telefon 06821/2 15 20
Fax 06821/ 2 41 33

Liebe Patienten und Patientinnen,
damit wir Sie besser medizinisch betreuen können, bitte wir Sie den folgenden Bogen auszufüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?
Seit wann (ungefähre Angabe ausreichend)? Nähere Angaben sofern möglich:

Bluthochdruck	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Herzinfarkt/Herzkatheter mit Stent	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Herzschwäche/Herzinsuffizeinz	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Herzklappenerkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Schlaganfall	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Fettstoffwechselstörung	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Tumorerkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Lebererkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Chronische Infektionskrankheiten	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Thrombose o. Lungenembolie	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Augenerkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Psychische Erkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
Sonstige Erkrankungen	**Nein** ☐	**Ja** ☐	_____
			_____
			_____

Rauchen Sie? **Nein** ☐ **Ja** ☐ **Wenn ja, wie viel:** _____
Nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? **Nein** ☐ **Ja** ☐ **Wenn ja, wie viel:** _____

Seite wenden

Haben Sie Allergien? **Nein ☐** **Ja ☐**

- **Gegen Medikamente?** **Nein ☐** **Ja ☐**
- **Wenn ja, gegen welche?** _____
- **Andere Allergien?** _____

Wurden Sie schon mal operiert oder hatten einen Unfall?

_____
_____
_____
_____
_____

Wie groß sind Sie: _____ (cm) **Wie viel wiegen Sie _____(kg)**
Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein ☐ **___zu ☐ ab ☐**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Falls Sie einen Medikamentenplan haben, ist es ausreichend diesen beizulegen.

_____
_____
_____
_____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann zuletzt?

Herzkatheter	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Darmspiegelung	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Hautkrebsvorsorge	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Vorsorge Frauenarzt/Urologe	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____

Familienanamnese
Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? Angabe welche Person (Vater,Mutter etc.)

Bluthochdruck	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Herzinfarkt	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Herzerkrankungen	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Schlaganfall	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Tumorerkrankungen	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____
Thrombose o. Lungenembolie	**Nein ☐**	**Ja ☐**	_____

Sozialanamnese
Familienstand: _____ Kinder: _____
Beruf/Beruf vor Rente _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe
Ihre Praxis Dr. med. Markus Kaufmann