



Liebe Patientin, lieber Patient,  
um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie kurz aber vollständig die folgenden Fragen zu beantworten. Unklare Fragen lassen Sie bitte offen, die Ärztin oder eine Praxismitarbeiterin, werden diese mit Ihnen gemeinsam beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname \_\_\_\_\_  
Telefon: Festnetz und Mobil \_\_\_\_\_  
Hausarzt / Überweisender Arzt \_\_\_\_\_

Liegt eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen vor? (Bitte zutreffendes ankreuzen.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diab. Mell. (Zucker) | <input type="checkbox"/> Angina pectoris       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck I    | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler     | <input type="checkbox"/> Hepatitis B / C        |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS             |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall         | <input type="checkbox"/> Weitere Erkrankungen: |   |

Beschreiben Sie kurz die Hauptbeschwerden, weswegen Sie zu uns kommen.

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte mit genauer Dosierung und Häufigkeit:  
Bitte auch Bedarfsfallmedikation und frei verkäufliche Medikamente angeben.  
(Gegebenenfalls Ihren eigenen Medikamentenplan.)

Führerschein: ja  nein

Ich fahre PKW: ja  nein

Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, wogegen? nein  ja

Sind Kopf-, Wirbelsäulen- oder Gefäßoperationen durchgeführt worden? nein  ja   
Wenn ja, bitte Jahr und Krankenhaus angeben.

Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? nein  ja

Sind oder waren Sie früher in neurologischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? nein   
ja

GdB (Grad der Behinderung): \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_  
Patientenverfügung / Pflegevollmacht vorhanden: nein  ja  wer: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: Gehhilfe  Stock  Rollator  Rollstuhl