



## Herzlich willkommen in unserer infektiologischen Praxis!

Um gezielter auf Ihre Wünsche eingehen zu können und den leider auch nötigen bürokratischen Aufwand gering zu halten, möchten wir Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen. Der folgende Bogen mit Fragen zu Ihrer Gesundheit wird uns bei Ihrer Beratung und Betreuung behilflich sein. Wir bitten um Blockschrift. Danke sehr!

### Vorstellungsgrund / Art der Beschwerden:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ( ) männlich ( ) weiblich Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Adresse): \_\_\_\_\_

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung? (Name, Fachrichtung): \_\_\_\_\_

Als Ärzte bzw. Mitarbeiter einer Arztpraxis unterliegen wir der Schweigepflicht, d. h. wir geben Informationen (Befunde etc.) **ausschließlich** an Sie persönlich weiter. Sie haben aber die Möglichkeit, **Ausnahmen** selbst festzulegen. Bitte geben Sie hier die Namen der Personen an, denen wir Auskünfte erteilen dürfen. Wir handeln dann gerne in Ihrem Auftrag.

Auskunftsberechtigt sind: \_\_\_\_\_

### Familienstand

( ) ledig ( ) verwitwet ( ) geschieden / getrennt lebend

( ) verheiratet ( ) verpartnert

Kinder: ( ) nein ( ) ja – Anzahl: \_\_\_\_\_



**Beruf / Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

- angestellt                       freiberuflich/selbständig       arbeitsuchend  
 Vollzeit                               Teilzeit                               berentet

**Schwerbehinderung:**               nein                               ja – Grad: \_\_\_\_\_ %

Art der Behinderung: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns gekommen? Wer hat uns empfohlen?**

- Internet (Suchmaschine)       Printmedien                       Partner / Freunde / Bekannte  
 Hausarzt                               Klinik                               Stadtgesundheitsamt  
 Selbsthilfegruppe / welche: \_\_\_\_\_       andere: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Vorerkrankungen**

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- und Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente)? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operationen/Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

