

In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich?

- Augenarzt Orthopäde Kardiologe Neurologe Urologe
 Frauenarzt HNO-Arzt Andere _____

Welche Erkrankungen sind

bei Ihnen bekannt?

in der Familie bekannt?

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| Keine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Herzkrankheit/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Cholesterin zu hoch | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Gicht | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bei wem _____ |
| Krebserkrankung | | |
| Welche Art? _____ | | |

Sonstiges/Bemerkung _____

Welche Operationen hatten Sie?

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| Keine | <input type="checkbox"/> | Bemerkungen (z.B. Datum) |
| Mandel-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Blinddarm-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Leisten-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Herz-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Krebs-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Schilddrüsen-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Gallenblasen-OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Gynäkologische OP | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Knochen-OP (z.B. Hüfte, Knie, Unfall,...) | <input type="checkbox"/> ja, _____ | |
| Sonstige Operationen _____ | | |

Ihre Wünsche

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und die von meiner Krankenkasse erstattet werden (Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen).
- Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen (z.B. großer Laborstatus, Ultraschall von Herz oder Halsschlagadern,...).

Datenschutz

- Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten und gelesen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde/Arztberichte von anderen Ärzten/Kliniken angefordert werden. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Datum: _____ Unterschrift: _____