



Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht w m
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____
Telefon privat _____ geschäftlich _____ Mobil _____

Krankenkasse Name _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse zusatzversichert

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
Wenn ja, wo?
Hausarzt _____ Facharzt _____
Straße _____ Straße _____
Ort _____ Ort _____

Akute Beschwerden

Haben Sie derzeit akute Beschwerden? nein ja
Wenn ja, welche und seit wann? _____
Wurden diese Beschwerden schon behandelt? nein ja

Allgemeine Angaben

Körpergröße _____ Körpergewicht _____
Treiben Sie Sport? nein ja gelegentlich
Wenn ja, welchen und wie oft? _____
Rauchen Sie? nein ja Wenn ja, wie viele Zigaretten/welche Tabakmenge pro Tag? _____
Trinken Sie Alkohol? nein ja Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____
Besteht eine Schwangerschaft? nein ja Wenn ja, in welchem Monat? _____
Nehmen Sie Medikamente? nein ja gelegentlich
Wenn ja, welche? _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? nein ja
Wenn ja, welche? _____
Sind Sie allergisch gegen Nickel, Chrom, Latex und/oder Parfüm? nein ja
Wenn ja, welche? _____
Leiden Sie unter allergischem Asthma? nein ja Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja

Sind folgende Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Innere Organe

Erkrankungen der Lunge? nein ja Wenn ja, welche? _____
Erkrankungen der Niere? nein ja Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes? nein ja Wenn ja, welche? _____
Erkrankungen der Leber/Galle? nein ja Wenn ja, welche? _____
Sonstige Erkrankungen innerer Organe? nein ja Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie) nein ja Sonstige Bluterkrankungen? _____

Herz- und Kreislauferkrankungen

Unregelmäßiger Herzschlag nein ja Hoher Blutdruck nein ja
Herzschrittmacher nein ja Herzinfarkt nein ja
Sonstige Herz- und Kreislauferkrankungen? _____

Hormon- und Stoffwechselerkrankungen

Schilddrüsenerkrankung nein ja Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja
Fettstoffwechselstörung nein ja
Sonstige Hormon- und Stoffwechselerkrankungen? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle nein ja Krämpfe nein ja
Psychosomatische Erkrankungen nein ja Ohnmachtsanfälle nein ja
Sonstige Erkrankungen des Nervensystems? _____

Sonstige Vorerkrankungen? _____

Operationen

Traten bei Ihnen schon Unfälle, Brüche und/oder Stürze auf? nein ja
Wenn ja, welche? _____
Wurden Sie bereits operiert? nein ja
Wenn ja, wann sind Sie das letzte Mal operiert worden und woran? _____
Haben Sie ein Kunstgelenk? nein ja
Wenn ja, welches? _____

Röntgen

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____ Was wurde geröntgt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter www.dr-nalbach-luebeck.de? nein ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? _____

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer orthopädischen Praxis? _____

Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Behandlung _____

Grund Ihres Besuches? _____

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was haben Sie bisher beim Arztbesuch besonders vermisst? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben zukünftig mit!

Datum _____ Unterschrift _____

beweglich bleiben!