



Sehr geehrte Patientin,
 sehr geehrter Patient,
 Arzt und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung (gemäß § 630c Abs. 1 BGB) zusammenwirken. Für jeden Patienten besteht somit eine Mitwirkungspflicht. Sie als Patient/in sollten alle für die Behandlung bedeutsamen Umstände offen legen. Diese Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Vorgeschichte sind **freiwillig**, jedoch für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxis erforderlich. Daher bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der nachstehenden Fragen.

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Beruf _____ Familienstand _____

1. Beschreiben Sie Ihre Beschwerden _____

2. Rauchen Sie? _____ JA NEIN
 Seit wie vielen Jahren? _____ Wie viele Zigaretten täglich? _____
 Haben sie früher geraucht? Wie viel? Bis wann? _____
3. Leiden Sie an Heuschnupfen? _____ JA NEIN
 In welchen Jahreszeiten? _____
 Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt? _____ JA NEIN
 Wenn ja, wann? _____
4. Sind Sie schwanger? _____ JA NEIN
5. Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche, seit wann? _____
6. Sind Vorerkrankungen bekannt? (z.B. Allergien, Bluthochdruck, Diabetes, Venenleiden, OP´s)

WICHTIG! Haben Sie ansteckende Krankheiten? (z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis C, MRSA) JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____

7. Haben oder hatten Sie beruflich mit gesundheitsgefährdenden Stoffen zu tun? _____ JA NEIN
8. Schnarchen Sie? _____ JA NEIN
 Sind Sie tagsüber vermehrt müde? _____ JA NEIN
9. Haben Sie Beschwerden - beim Wasserlassen? _____ JA NEIN
 - beim Stuhlgang? _____ JA NEIN
 Müssen Sie nachts häufiger zur Toilette? _____ JA NEIN
10. Besteht eine ungewollte Gewichtsabnahme? _____ JA NEIN
 Leiden Sie unter Nachtschweiß? _____ JA NEIN
 Leiden Sie unter häufigem Sodbrennen? _____ JA NEIN
11. Wie viel Alkohol trinken Sie täglich? _____
12. Sind Medikamentenallergien bzw. Unverträglichkeiten bekannt? _____ JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
13. Welche Medikamente (Tabletten, Spray) nehmen Sie zurzeit? _____

14. Gibt es Krankheiten in Ihrer Familie (z. B. Krebs-, Herz-, Lungenkrankheiten, Rheuma, o. ä.)?

15. Welche Impfungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

Datum / Unterschrift _____

