Hausarztpraxis
Sara Matern
Fachärztin für Innere Medizin

Joachimstraße 1, 12555 Berlin
Tel.: 030 28 62 34 96
Fax: 030 28 62 34 97
E-Mail: info@hausarztpraxis-matern.de

Matern
HAUSARZTPRAXIS

Liebe Patienten,

wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in allen Gesundheitsfragen und helfe Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.
Im Krankheitsfall berücksichtige ich immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten. Deshalb bitte ich Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.
Eine möglichst vollständige Ausfüllung wäre sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine der Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.
Den ausgefüllten, unterschriebenen Bogen händigen Sie mir bitte beim Erstkontakt aus.
Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben*!*

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort.: _____

Tel.-Nr. Festnetz: _____ **Tel.-Nr. Mobil:** _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ **Gewicht:** _____ kg **Körpergröße**: _____ cm **BMI:** _____

Bezugsperson ☐ Ehefrau / Ehemann ☐ Mutter / Vater ☐ Tochter / Sohn ☐ Schwester / Bruder ☐ _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr. Festnetz: _____ **Tel.-Nr. Mobil:** _____

E-Mail: _____

Ihre Wünsche:
Ich wünsche einen Check-up ☐ nein ☐ ja
Ich komme wegen einer akuten Erkrankung ☐ nein ☐ ja, _____
Ich komme wegen einer chronischen Erkrankung ☐ nein ☐ ja, _____
Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes ☐ nein ☐ ja (Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit)

Ich komme wegen _____

☐ Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und die von meiner Krankenkasse erstattet werden.
☐ Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch, wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Hausarztpraxis
Sara Matern
Fachärztin für Innere Medizin

Joachimstraße 1, 12555 Berlin
Tel.: 030 28 62 34 96
Fax: 030 28 62 34 97
E-Mail: info@hausarztpraxis-matern.de

Matern
HAUSARZTPRAXIS

☐ Ich möchte von einem Recall-System (z.B. Erinnerung an Impftermine, Vorsorgen, etc.) profitieren.
(Empfehlen wir sehr / können Sie jederzeit widerrufen / falls dennoch nicht gewünscht, dann bitte streichen)

Ich habe ein besonderes Anliegen:_____

Berufs- und Lebenssituation

Sie sind ☐ Schüler/Student ☐ Hausfrau ☐ Rentner ☐ berufstätig als _____
bei Firma: _____

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? ☐ nein ☐ ja: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis ☐ nein ☐ ja, ____ Prozent
Sie sind ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden/getrennt lebend ☐ verwitwet

Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja: _____ / ggfs. Geburtsjahr(e) _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, _____Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Benötigen Sie ein(e) ☐ Hörgerät ☐ Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: ☐ beruflich

☐ in Ihrer Freizeit (Sport)

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt ☐ ja bei wem? _____

Bluthochdruck ☐ ja bei wem? _____

Blutzuckerkrankheit ☐ ja bei wem? _____

Schlaganfall ☐ ja bei wem? _____

Darmkrebs ☐ ja bei wem? _____

Brustkrebs ☐ ja bei wem? _____

Krebs, sonst. ☐ ja bei wem? _____

welche Art? _____

_____

_____

_____

_____

Hausarztpraxis
Sara Matern
Fachärztin für Innere Medizin

Joachimstraße 1, 12555 Berlin
Tel.: 030 28 62 34 96
Fax: 030 28 62 34 97
E-Mail: info@hausarztpraxis-matern.de

Matern
HAUSARZTPRAXIS

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Keine ☐ ja

Diabetes ☐ ja

Blutungsneigung ☐ ja

Bluthochdruck ☐ ja

Cholesterin zu hoch ☐ ja

Magenerkrankungen ☐ ja

Nierenerkrankung ☐ ja

Darmerkrankungen ☐ ja

Lebererkrankung ☐ ja

Schilddrüse ☐ ja

Tuberkulose ☐ ja

Krebs ☐ ja

Welche Art? _____

Schwindelanfälle ☐ ja

Herzkrankheit ☐ ja

Herzinfarkt ☐ ja

Schlaganfall ☐ ja

Gicht ☐ ja

Rheuma ☐ ja

Asthma / chron. Bronchitis ☐ ja

Anfallsleiden ☐ ja

Psychische Erkrankung ☐ ja

Hautkrankheit ☐ ja

Allergien ☐ ja

Welche? _____

In welcher fachärztlicher Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt ☐ Orthopäde ☐ Urologe ☐

Kardiologe ☐ Neurologe ☐ Sonstiges: _____

Welche Operationen hatten Sie?

Keine ☐ ja

Herz-OP ☐ ja Brust-OP ☐ ja

Gefäß-OP ☐ ja Gebärmutter-OP ☐ ja

Krebs-OP ☐ ja Mandeln-OP ☐ ja

Schilddrüsen-OP ☐ ja Blinddarm-OP ☐ ja

Gallenblasen-OP ☐ ja Bruch-OP ☐ ja

Sonstige Operationen:_____

_____

Hausarztpraxis
Sara Matern
Fachärztin für Innere Medizin

Joachimstraße 1, 12555 Berlin
Tel.: 030 28 62 34 96
Fax: 030 28 62 34 97
E-Mail: info@hausarztpraxis-matern.de

Matern
HAUSARZTPRAXIS

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche und wie oft?_____

_____

Aktuelle Beschwerden

Durst ☐ vermehrt ☐ vermindert ☐ normal

Appetit ☐ vermehrt ☐ vermindert ☐ normal

Stuhlgang ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ normal

Wasserlassen ☐ mit Brennen ☐ nachts öfter ☐ Startschwierigkeiten ☐ normal

Monatsblutungen ☐ schmerzhaft ☐ stark ☐ keine ☐ regelmäßig

Nachtschwitzen ☐ vermehrt ☐ normal

Gewicht ☐ Zunahme ____kg ☐ Abnahme ____kg ☐ konstant

Mir ist oft kalt / warm ☐ ja ☐ nein

Ich schwitze übermäßig ☐ ja ☐ nein

Ich habe oft Kopfschmerzen ☐ ja ☐ nein

Ich habe Luftnot/Luftmangel: ☐ im Liegen ☐ beim Treppensteigen ☐ bei Aufregung

Vielen herzlichen Dank!

Berlin, den _____ _____
(Unterschrift)