



Patientenstammblatt

Name: _____ Krankenkasse: _____
 Vorname: _____ Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____ Telefonnr.: Priv.: _____
 Mobil: _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

1. Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	JA	NEIN	Bluthochdruck	JA	NEIN
Schilddrüsenerkrankung	JA	NEIN	Sonstige Herzerkrankungen	JA	NEIN
Angina pectoris/ Herzinfarkt	JA	NEIN	Durchblutungsstörungen	JA	NEIN
Krampfadern	JA	NEIN	Lebererkrankungen	JA	NEIN
Nierenerkrankung	JA	NEIN	Erhöhte Blutfettwerte	JA	NEIN
Erhöhte Harnsäure	JA	NEIN	Grüner Star	JA	NEIN
Prostataerkrankungen	JA	NEIN	Krebserkrankungen	JA	NEIN
Thrombose	JA	NEIN	Gynäkologische Erkrankung	JA	NEIN

Sonstige Erkrankungen: _____

2. Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

Blinddarmentfernung	JA	NEIN	Mandelentfernung	JA	NEIN
Gallenblasenentfernung	JA	NEIN	Gebärmutter OP	JA	NEIN
Herzkatheter/Ballon	JA	NEIN	Kaiserschnitt	JA	NEIN

Sonstige Operationen: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

JA NEIN

Folgende Medikamente:

1.

3.

2.

4.

4. Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten, wenn ja, welche?

JA NEIN

Folgende Unverträglichkeiten:

5. Leiden Sie an Allergien, wenn ja, welche?

JA NEIN

Folgende Allergien:

6. Was sind Ihre akuten Beschwerden?

Beschwerden:

RECALL= Rückrufliste

Wir bieten Ihnen an Sie per Telefon oder Post auf anstehende Wiedervorstellungstermine aufmerksam zu machen bzw. telefonisch Befunde mitzuteilen auch außerhalb der Sprechzeiten.

Ich bin damit einverstanden, dass Berichte an mich oder behandelnde Ärzte weitergeleitet/weitergegeben werden.

JA NEIN

An folgenden Personen/Angehörigen dürfen Informationen weitergegeben werden, bitte Namen, Adresse und Telefonnummer angeben:

1.

3.

2.

4.

Hamburg, Datum:

Unterschrift des Patienten



Bitte legen Sie uns
Ihren Impfpass vor!