



## Ihr erster Praxisbesuch

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte bringen Sie zum ersten Besuch in unserer Praxis folgende Dinge mit:

- Chipkarte
- Überweisungsschein, sofern vorhanden
- Relevante Arztbriefe, Operationsberichte, Röntgen- u. Untersuchungsbefunde
- Laborbefunde
- Allergiepass
- Aktueller Medikamentenplan

## Fragebogen für den Erstkontakt/das Erstgespräch

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus, drucken Sie ihn anschließend aus oder senden Sie uns den Boegen per E-Mail zu. Ihre Antworten auf die folgenden Fragen helfen uns, Sie besser kennenzulernen und Sie gezielt behandeln zu können sowie Risiken und Nebenwirkungen zu vermeiden.

### Patientenfragebogen

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:       ledig       verheiratet       feste Partnerschaft       verwitwet

Haben Sie Allergien?       Nein       Ja

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?       Nein       Ja

Gegen welche/s Medikament/e besteht bzw. bestehen Unverträglichkeit/en?

Besteht eine Röntgenkontrastmittelunverträglichkeit?       Nein       Ja

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche gerinnungshemmende Medikamente:

Nehmen Sie andere Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche Medikamente:

Bitte kreuzen Sie an, welche Gesundheitsstörungen bei Ihnen bestehen:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck      | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |  |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> Magen- und Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen       |  |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> HIV-pos.                 |  |

Sonstige Erkrankungen:  Nein  Ja

Wenn ja, welche Erkrankungen:

Ja, ich möchte an bevorstehende Termine und Untersuchungen (Recall) über nachfolgende Kontaktmöglichkeit erinnert werden:

Telefon  E-Mail  SMS

Mobil-Telefon: \_\_\_\_\_

Festnetz-Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Ihre Nachricht/Hinweise an uns:

Mit der Nutzung dieses Formulars erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten gemäß unserer Datenschutzerklärung einverstanden. (<https://urologie-zentrum-demmin.de/kontakt/impressum/>)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift