

Datum \_\_\_\_\_

Name/ Vorname/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen (mit Jahresangabe):**

**Herz-Kreislauf**

- Herzinfarkt  
 Herzrhythmusstörungen  
 Schlaganfall  
 Herzklappenfehler  
 Bypass-OP  
 Herzkatheter / Stent  
 Beinarterienverschluss

**Lunge**

- Chronische Bronchitis  
 Asthma

**Operationen  
(welcher Art/  
wann?)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

**Magen-Darm**

- Lebererkrankungen  
 Magenerkrankungen  
 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse  
 Tumore des Darmes  
 Nierenerkrankungen  
 Schilddrüsenerkrankungen

**Entzündliche Erkrankungen/ Rheuma:**

**Risikofaktoren:**

<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum, -pro Tag?	früher:
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Alkohol pro Tag
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Cholesterin erhöht?
Gewicht	kg Größe: cm
Sport bzw. Bewegung pro Woche:	Stunde(n)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein und wie oft?  
 Gerne können Sie auch einen Medikamentenplan vorlegen.

Name	mg	morgens/mittags/abends
------	----	------------------------

---



---



---



---

Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

**Krankenversichert bei:**

Ja  Nein Ich bin daran interessiert, über das Vorsorge-Programm gegen  
 ► Herzinfarkt ► Schlaganfall ► Krebs und ► Stoffwechselstörungen informiert zu werden.

Ja  Nein Ich bin mit dem Weiterleiten meiner in der Internistenpraxis Alstertal erhobenen Befunde an die weiterbehandelnden Ärzte per Fax oder E-Mail einverstanden.  
 Die im Wartezimmer ausliegende Patienten-Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_