



<b>Vorname:</b>	<b>Name:</b>		
<b>Titel:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>		
Telefonnummern:	Privat:		
	Mobil:		
	Dienstlich:		
E-Mail-Adresse:			
Arbeitgeber:			
Beruf (bei Rentnern bitte ehemaliger Beruf):			
Hausarzt:	Größe:	(cm)	Gewicht: (kg)
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> sonst.:			
Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?:			
Freischaltung zur Online Terminvergabe erwünscht?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ist eine Erinnerung an Ihren Vorsorge-Termin erwünscht?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
<input type="checkbox"/> über Homepage <input type="checkbox"/> Internetsuche <input type="checkbox"/> auf Empfehlung von			

## 1. Vorerkrankungen

Organsystem	Erkrankung	Bitte ankreuzen	In welchem Jahr?
<b>Nieren</b>	Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Blase</b>	Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Blasentumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Bauchorgane</b>	Magengeschwür	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Darmgeschwür	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Herz</b>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	falls ja: Stent Einlage?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Lunge</b>	Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Nervensystem</b>	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Stoffwechsel / Gefäße</b>	Depression	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	falls zuckerkrank: Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Harnsäurewerte, erhöht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Blutfetterhöhung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## 2. Welche sonstigen, **behandlungsbedürftigen** Erkrankungen liegen vor?

## 3. Besteht bei Ihnen **Blasenschwäche mit Urinverlust (=Inkontinenz)?**

ja  nein

**BITTE WENDEN** → → →



#### 4. Bisherige Operationen

Organ	Bitte ankreuzen	In welchem Jahr?
Blasenoperation bei Blasensenkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gebärmutterentfernung über einen Bauchschnitt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gebärmutterentfernung durch die Scheide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Eierstockentfernung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Entbindungen	Anzahl:	
Kaiserschnitt	Anzahl:	
Blinddarmentfernung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gallenblasenentfernung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsen - OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Darmpolypenabtragung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistenbruch - OP	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Arthroskopische Knie - OP	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Künstliches Kniegelenk	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Künstliches Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
falls Bandscheibenvorfall: OP erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz: Bypass - OP	<input type="checkbox"/> ja (Anzahl: ) <input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenersatz - OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Sonstige Operationen/ Unfälle/ Verletzungen:</b>		

#### 5. Krebserkrankungen (bösartige Tumore)

Organ	Operation	Bestrahlung	Chemotherapie	Datum

#### 6. Bestehen bei Ihnen

- Müdigkeit / Leistungsschwäche  ja  nein  
 Schweißausbrüche  ja  nein  
 Gewichtsverlust  ja  nein

Schweinfurt, den

Datum

Unterschrift