

Internisten bei der St. Johanniskirche

Name:

Dr. med. Oliver Struck
 Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin
Dr. med. Christian Gade
 Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie,
 Allergologie, Notfallmedizin
Dr. med. Karen Olah
 Fachärztin für Innere Medizin,
 Infektiologie
Werner Otte
 Facharzt für Allgemeinmedizin



Liebe Patientin, Lieber Patient,

bevor wir in der Sprechstunde über Ihre aktuellen Beschwerden und Probleme bzw. die Ihres Kindes sprechen werden, möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen über die **Krankenvorgeschichte** zu geben. Selbstverständlich ist die Beantwortung einzelner oder aller Fragen freigestellt. Die Informationen sind vertraulicher Bestandteil Ihrer Patientenakte und unterliegen somit dem Datenschutz

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung: <input type="checkbox"/> Knoten? <input type="checkbox"/> Funktion?	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt/KHK	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale/COPD	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
<input type="text"/>			

Welche Medikamente werden eingenommen?	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?

Rauchen Sie?	Haben Sie Haustiere/Tierkontakt
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wie viel pro Tag: <input type="text"/> Seit wann: <input type="text"/>	Welche Tiere: <input type="text"/>

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt und wann

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>
5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>

Aktuelle Beschwerden:

Beruf:

Telefonnummer/E-Mail: