

Allgemeine Patientendaten Innere

Nummer: FO-13666

Name/Patient	Vorname	Geburtsdatum
--------------	---------	--------------

Anschrift

Tel.-Nr. und/oder Handy Nr.	Tel.-Nr. Beruflich	E-Mail
-----------------------------	--------------------	--------

(Ausgeübter) Beruf

Körpergewicht _____ kg (Änderungen? _____) Körpergröße: _____ cm

 Rauchen Sie? Nein, seit _____ Ja, _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag?

Welche aktuellen Beschwerden bestehen?

 Welche Erkrankungen sind aktuell bekannt bzw. bestanden bei Ihnen in der Vergangenheit? /
 Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (bitte jeweils mit Jahresangaben)

Welche Medikamente nehmen Sie ein (in welcher Dosierung)?

Allergien?

Nur für Frauen:

Alter bei der ersten Monatsblutung? _____ Jahre

 Besteht der Zyklus noch? Ja Nein, nicht mehr seit _____ Lebensalter

 Ist/war der Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke und -dauer? Ja

 Nein, auffällig war: _____

Anzahl und Jahr von Schwangerschaften oder Fehlgeburten? _____

Wann war der 1. Tag der letzten Blutung? _____

 Nehmen Sie Hormone (die "Pille" oder Hormone in den Wechseljahren)? Nein Ja, _____

Ihr Überweisungsarzt bekommt einen Arztbrief	Einverstanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	----------------	-----------------------------	-------------------------------

Datum: _____	Unterschrift: _____
--------------	---------------------

Doctolib

 Sind Sie mit Termin Erinnerungen per Mail +SMS Versandt über Doctolib einverstanden? Ja Nein

 Sind Sie mit der Übermittlung von Dokumenten über Doctolib einverstanden? Ja Nein

Datum: _____	Unterschrift: _____
--------------	---------------------

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.
 Ich bin mir bewusst, dass ich eine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Vielen Dank