



Dr. med.  
**Julia Stoy**  
Fachärztin für Innere Medizin  
Hausärztin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient .....  ♀  ♂ .....  
Name Vorname Geschlecht Geb.-Datum

Anschrift .....  
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Telefon ..... E-Mail .....  
Privat

Telefon ..... (vorheriger) Beruf .....  
Mobil

Größe ..... Gewicht ..... Krankenkasse .....

Nächster Angehöriger (im Notfall zu benachrichtigen) .....  
Name Vorname Telefon

Besteht eine Behinderung?  ja /  nein Wenn ja, welche?.....

Haben Sie eine Pflegestufe?  ja /  nein Wenn ja, welche?.....

Besitzen Sie eine Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht?  ja /  nein

Rauchen Sie?  ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? ..... Seit wann?.....

Trinken Sie Alkohol?  keinen  selten  > 2x / Woche  täglich

Treiben Sie Sport?  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?.....

Sind Sie Schwanger?  ja /  nein Wenn ja, im wievielten Monat? ..... Vorherige Geburten? .....

Allergien?  ja /  nein Wenn ja, welche? .....

Medikamentenunverträglichkeiten?  ja /  nein Wenn ja, welche?.....

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  ja /  nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? .....

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie?  ja /  nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):  
.....

Sind Sie in fachärztlicher Behandlung?  ja /  nein Wenn ja, bei welchen Ärzten:  
.....

Neigen Sie zu... ?

- |  |   |  |                                    |                                      |
|--|---|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/> Leistungsminderung | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen            | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche | <input type="checkbox"/> Traurigkeit               | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel   |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit        | <input type="checkbox"/> Atemnot            | <input type="checkbox"/> Nahrungsunverträglichkeit |                                    |                                      |



Dr. med.

# Julia Stoy

Fachärztin für Innere Medizin  
Hausärztin

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- Bluthochdruck
  - Lebererkrankung
  - Gemütskrankheit
  - Blutungsneigung
  - Krebserkrankungen
  - Sonstige:
- Thrombose
  - Nierenerkrankung
  - Migräne
  - Chron. Infektionen
  - Glaukom
- Herzinfarkt
  - Asthma bronchiale
  - Reizdarm
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Diabetes
- Schlaganfall
  - COPD
  - Krampfanfälle
  - Arthrose
  - Hepatitis
- KHK
  - Tuberkulose
  - Rheuma
  - Osteoporose
  - HIV

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- Bluthochdruck
  - Krebserkrankung
- Herzrhythmusstörungen
  - Asthma bronchiale
- Herzinfarkt
  - Diabetes mellitus
- Schlaganfall
  - COPD
- Thrombose
  - Allergien

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein Wenn ja, welche: (incl. Präparate, die Sie sich evt. selbst kaufen)

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

**Hatten Sie bereits eine Gesundheits- / Krebsvorsorge?**  ja /  nein Wenn ja, welche und wann:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift