

# Dr. med. Joachim Lehmann

Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin

Stand 2021

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihrer Gesundheit widmen können, benötigen wir noch Angaben über Ihre medizinische Vorgeschichte. Dies ist uns wichtig für eine adäquate und umfassende Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Leiden Sie unter Folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Bluthochdruck _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/Herzschwäche _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung/Asthma _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung (z. B. Hepatitis/Leberzirrhose) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankung _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie/Anfallsleiden _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankung _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star (Glaukom) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Ja    Nein

Wurden Sie schon einmal operiert? \_\_\_\_\_    

Wenn ja, wann und was wurde operiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_    

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja     Nein     Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Üben Sie regelmäßig Sport aus? \_\_\_\_\_    

Wenn ja, welchen Sport? Und wie oft? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorerkrankungen in der Familie:

Schlaganfall     Herzinfarkt     Zuckerkrankheit     Krebserkrankung     Bluthochdruck

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_