



Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Antworten vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

#### Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  w  m  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

#### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

#### Krankenkasse Name \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  zusatzversichert

#### Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja  
Wenn ja, wo?  
Hausarzt \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Akute Beschwerden

Haben Sie derzeit akute Beschwerden?  nein  ja  
Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_  
Wurden diese Beschwerden schon behandelt?  nein  ja

#### Allgemeine Angaben

Körpergröße \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_  
Treiben Sie Sport?  nein  ja  gelegentlich  
Wenn ja, welchen und wie oft? \_\_\_\_\_  
Rauchen Sie?  nein  ja Wenn ja, wie viele Zigaretten/welche Tabakmenge pro Tag? \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Alkohol?  nein  ja Wenn ja, was und wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_  
Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie Medikamente?  nein  ja  gelegentlich  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Allergien/Unverträglichkeiten

Sind Sie allergisch gegen Medikamente?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Sind Sie allergisch gegen Nickel, Chrom, Latex und/oder Parfüm?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter allergischem Asthma?  nein  ja Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein  ja

#### Sind folgende Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

##### Innere Organe

Erkrankungen der Lunge?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Erkrankungen der Niere?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Erkrankungen der Leber/Galle?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Sonstige Erkrankungen innerer Organe?  nein  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Bluterkrankung

Blutungsneigung (Hämophilie)  nein  ja Sonstige Bluterkrankungen? \_\_\_\_\_

### Herz- und Kreislauferkrankungen

Unregelmäßiger Herzschlag  nein  ja Hoher Blutdruck  nein  ja  
Herzschrittmacher  nein  ja Herzinfarkt  nein  ja  
Sonstige Herz- und Kreislauferkrankungen? \_\_\_\_\_

### Hormon- und Stoffwechselerkrankungen

Schilddrüsenerkrankung  nein  ja Zuckerkrankheit (Diabetes)  nein  ja  
Fettstoffwechselstörung  nein  ja  
Sonstige Hormon- und Stoffwechselerkrankungen? \_\_\_\_\_

### Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle  nein  ja Krämpfe  nein  ja  
Psychosomatische Erkrankungen  nein  ja Ohnmachtsanfälle  nein  ja  
Sonstige Erkrankungen des Nervensystems? \_\_\_\_\_

Sonstige Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

### Operationen

Traten bei Ihnen schon Unfälle, Brüche und/oder Stürze auf?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Wurden Sie bereits operiert?  nein  ja  
Wenn ja, wann sind Sie das letzte Mal operiert worden und woran? \_\_\_\_\_  
Haben Sie ein Kunstgelenk?  nein  ja  
Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

### Röntgen

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? \_\_\_\_\_ Was wurde geröntgt? \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle \_\_\_\_\_

**Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter [www.dr-nalbach-luebeck.de](http://www.dr-nalbach-luebeck.de)?**  nein  ja

Wenn ja, haben Sie dort für Sie wichtige Informationen gefunden? \_\_\_\_\_

Welche Informationen suchen Sie auf der Website einer orthopädischen Praxis? \_\_\_\_\_

### Ihre Wünsche sind uns wichtig ...

Persönliche Erwartungen / individuelles Anliegen an Ihre bevorstehende Behandlung \_\_\_\_\_

Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

Worauf legen Sie besonderen Wert? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Arztbesuch besonders vermisst? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben zukünftig mit!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*beweglich bleiben!*