

<b>PATIENTENBOGEN</b>		Dr. med. Monika Besta	
Name:		Größe:	cm
Vorname:		Gewicht:	kg
Anschrift:		Raucher?	
Geb.-Dat.		Anzahl Schwangerschaften:	
Tel.:		Anzahl Kinder:	
Beruf:		Allergien?	
Sport:		Impfpass?	

Dürfen wir Sie zukünftig an Ihre Gesundheitsvorsorge, notwendige Impfungen etc. erinnern?

Ja

Nein

**Eigene Vorgeschichte:**

Welche Erkrankungen, insbesondere an Herz, Leber, Nieren, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken sowie Allergien, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen (Diabetes, erhöhtes Cholesterin) und Infektionserkrankungen sowie Kinderkrankheiten, Hepatitis etc. haben Sie durchgemacht?

Zeitpunkt:	Erläuterungen

**Krankenhausaufenthalte und/oder Operationen:**

Zeitpunkt:	Erläuterungen

**Familiäre Vorgeschichte / familiäre Belastung:**

Vater:
Mutter:
Geschwister:
Kinder:

Jetzige Beschwerden:

	Nein	Ja	Erläuterungen:
Sehstörungen			
Kopfschmerzen			
Schwindel			
Hörstörungen			
Schlafstörungen			
Schmerzen			
Husten			
Atemnot			
Herzschmerzen			
Nachtschweiß			
Unklare Gewichtsabnahme			
Appetitlosigkeit			
Verdauungsbeschwerden			
Beschwerden beim Wasserlassen			
Rückenschmerzen			
Gelenkschmerzen			
Anfallsleiden			
Sonstige Beschwerden			
Sind Sie z.Zt. in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?			

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente? Welche?

a)
b)
c)

Sonstiges

Tragen Sie eine Sehhilfe?	
Machen Sie regelmäßig Sport?	
Trinken Sie Alkohol (ggf. tägliche Menge)?	
Gehen Sie regelmäßig zur gynäkologischen Vorsorge?	
Nehmen Sie Drogen?	

Wie haben Sie unsere Praxis gefunden?

- persönliche Empfehlung
- Internet
- Telefonbuch
- Sonstiges und zwar \_\_\_\_\_