



Liebe Patientin, lieber Patient,

es wäre eine große Hilfe und Zeitersparnis, wenn Sie mir vorab ein paar Informationen bezüglich Ihrer Personalien und Ihrer medizinischen Vorgeschichte zukommen lassen könnten. Das Dokument lässt sich händisch oder digital bearbeiten. Es reicht, wenn Sie knapp und in Stichpunkten notieren.

Die Listen müssen nicht vollständig sein. Wichtige Informationen, die Ihnen erst im Nachhinein einfallen, können von mir jederzeit in der Patientenakte nachgetragen werden.

Sie können mir das Dokument dann gerne ausgedruckt mitbringen.

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Versicherung	<input type="text"/>	Rechnung per	<input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Post
Sonstiges	<input type="text"/>		

Konsultationsgrund: - Symptome/Erkrankung? - Wo / wie / seit wann? - Was löst es aus? - Besser / schlechter bei...? - Begleitsymptome? - Medizinische Vorbehandlung?	<input type="text"/>	
Sonstige Beschwerden	<input type="text"/>	
Aktuelle Diagnosen	<input type="text"/>	
Medikamente	<input type="text"/>	
Sozialanamnese		
Familie	Beruf	Freizeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Im Folgenden soll eine knapper medizinischer Lebenslauf erstellt werden. Listen Sie auf, mit Angabe der Jahreszahl oder Ihrem damaligen Alter (ungefähr reicht, keine chronologische Ordnung nötig):

- welche Diagnosen wurden in der Vergangenheit gestellt, Operationen, Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Verletzungen,...

Sie können stichpunktartig kommentieren. Z.B. „12 Blinddarm-OP; wäre fast durchgebrochen; heute noch gelegentlich Ziehen in der Leiste“, „2003 Autounfall, eine Woche Schwindel, danach gut“, oder „33 Weißheitszähne, danach Kopfschmerzen leichter/schlimmer“

Ebenso wichtig sind soziale Ereignisse, erfreuliche wie anstrengende, die mit einer bedeutenden Veränderung der Lebenssituation einher gingen:

- Geburten, Arbeitswechsel, Umzüge, Angehörigenpflege, Schicksalsschläge

Alter oder Jahreszahl	Ereignis	Alter oder Jahreszahl	Ereignis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Checkliste: Gibt es relevante Beschwerden in einem der Folgenden Bereiche?

Falls ja, können Sie diese oben noch hinzufügen, wenn diese Sie schon länger beeinträchtigen.

<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/>	Atmung	<input type="checkbox"/>	Verdauung	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	Niere-Blase
<input type="checkbox"/>	Gynäkologisch	<input type="checkbox"/>	Urologisch	<input type="checkbox"/>	Neurologisch	<input type="checkbox"/>	Stoffwechsel/Hormone	<input type="checkbox"/>	Muskeln und Skelett
<input type="checkbox"/>	Augen	<input type="checkbox"/>	Hals	<input type="checkbox"/>	Nase	<input type="checkbox"/>	Ohren	<input type="checkbox"/>	Blut (-druck und Labor)
<input type="checkbox"/>	Zähne / Mund	<input type="checkbox"/>	Konzentration	<input type="checkbox"/>	Schlaf	<input type="checkbox"/>	Psychisch	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Sonstiges