

<p>Herzlich Willkommen in meiner Ordination!</p>  <p>Dr. Gihan Ibrahim Ärztin für Allgemeinmedizin</p>	Vor- und Zuname
	Geburtsdatum
	Versicherungsnummer
	Telefonnummer
	Adresse

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:
Größe: _____ Gewicht: _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Herz, Durchblutungsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Zucker- oder Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Cholesterin, Schilddrüse, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Lungen- oder Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Leber- oder Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Knochen- oder Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Hals-, Nasen- oder Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Urologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Herzschrittmacher, Defibrillator, Implantate	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Zigaretten/Tag
Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie oft?
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche und wann?
Hatten Sie irgendwelche Unfälle? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche und wann?
Leiden Sie an Allergien gegen irgendwelche Medikamente, Kontrastmittel, Jod oder Sonstiges? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, bitte Namen, Dosierung und Einnahmefrequenz anführen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
.....
.....
.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben!

Datum/Unterschrift: