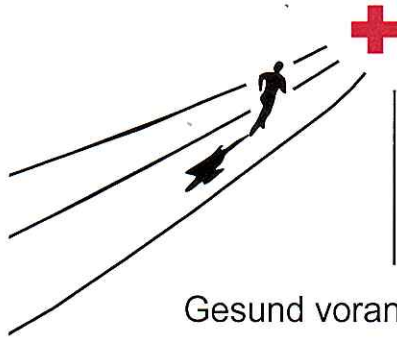


# Praxis Brinckmann



Gregor Brinckmann  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Sportmedizin  
Chirotherapie  
• Hausarzt •

Dr. Julia Mueller  
Fachärztin für  
Allgemeinmedizin  
• Hausärztin •

Datum:

Liebe Patienten,

wir freuen uns, Sie hier begrüßen zu dürfen und möchten Sie bitten uns kurz einige Fragen zu Ihrer bisherigen Krankengeschichte zu beantworten. Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen beim nächsten Termin in der Anmeldung zurückzugeben – oder gleich, sollte Ihnen das Ausfüllen keine Schwierigkeiten bereiten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt. Wir danken für Ihre Mühe.

## Persönliche Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf / Tätigkeit:

Nationalität:

Größe:

Gewicht:

Blutdruck:

Haben Sie Kinder?

Wenn ja, in welchem Alter / Geschlecht:

## Kontaktdaten:

Festnetz:

Handy:

E-Mail:

## Familienstand:

Verheiratet  Ledig  Geschieden  Verwitwet  Getrennt lebend  Partnerschaft

## Sozialanamnese:

Pflegestufe:

GdB:

MdE:

## Krankengeschichte:

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Diabetes mellitus = Erhöhte Zuckerwerte: ggf. seit? \_\_\_\_\_

Hypertonus = Hoher Blutdruck: ggf. seit? \_\_\_\_\_

Hyperlipidämie = Hohe Blutfette: ggf. seit? \_\_\_\_\_

Gicht = Hohe Harnsäurewerte: ggf. seit? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor – Besteht hierauf die Möglichkeit? \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten:

— BITTE WENDEN —>

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (bitte Angabe des Verwandtschaftsgrades)

Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt? (Leber/Magen/Lunge/Darm/Galle/Niere/Brust/Gelenke)

Operationen? (wenn möglich mit Daten)

**Medikamente:**

Zurzeit eingenommen:

(Pille, Schilddrüsentabletten und pflanzliche Mittel bitte mit angeben!)

Medikamentenname	Dosierung	Von wem verordnet

Medikamente, die Sie früher über einen längeren Zeitraum eingenommen haben

Medikamentenname	Dosierung	Von wem verordnet

## Impfstatus:

Wann war die letzte Impfung gegen

Tetanus:

Diphtherie:

Polio (Kinderlähmung):

Pertussis (Keuchhusten):

Hepatitis:

Grippeimpfung:

Lungenentzündung:

Covid-Impfung:

Zecken:

Gebärmutterhalskrebs:

Sonstige Impfungen:

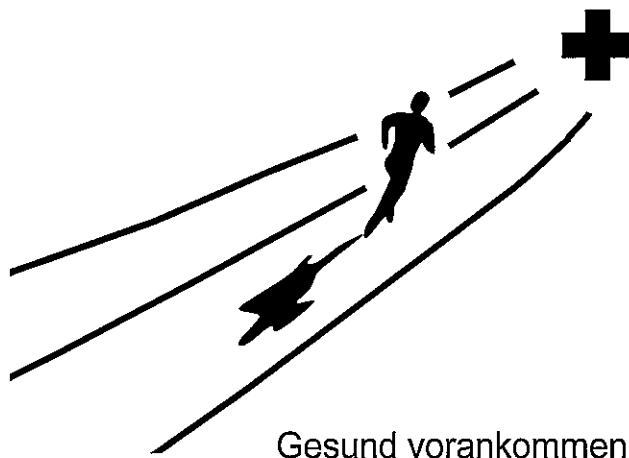
## Zeigen Sie uns bitte auch Ihren Impfausweis!

Ich bin damit einverstanden, dass ich von der Praxis Brinckmann zu medizinischen Themen informiert werde (z.B. Erinnerungen/Vorsorge).

Zum Abschluss bitte unterschreiben: \_\_\_\_\_

Wir danken für Ihre Mühe.

Ihre **Praxis Brinckmann**



Gesund vorankommen!