

GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen und der ZfA MVZ GmbH

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Vorheriger Hausarzt		

ALLGEMEINES

Besteht eine gesetzliche Betreuung? | wenn ja, Betreuer (Name & Tel. Nr.): _____

Besteht ein Pflegegrad? | wenn ja, welcher: _____ Schwerbehindertenausweis? | wenn ja, Grad: _____

Besteht ein Merkzeichen vom Versorgungsamt? | wenn ja, welches: _____ Brauchen Sie Hilfe im täglichen Leben? Ja / Nein

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislauferkrankung ja nein

Stent | wo: _____ erhöhter Blutdruck Herzschwäche/-insuffizienz

Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher

Herzklappenersatz | welcher: _____ Vorhofflimmern

sonstige: _____

Lungenerkrankung ja nein

- Asthma bronchiale Chronische Bronchitis sonstige: _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

- Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Insulinpflichtig
 Diabetischer Fuß Diab. Augenschädigung Diab. Nierenschwäche
 sonstige: _____

Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion Morbus Hashimoto
 Morbus Basedow Radiojodtherapie | wann: _____
 Schilddrüsenoperation | wann: _____ sonstige: _____

Rheumatologische Erkrankung ja nein

- Rheumatoide Arthritis Psoriasisarthritis Morbus Bechterew
 sonstige: _____

Hauterkrankung ja nein

- Neurodermitis Psoriasis (Schuppenflechte) sonstige: _____
 Hautkrebs | welcher: _____

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

- Morbus Crohn Darmkrebs Colitis ulcerosa
 Darmpolyp(en) Refluxkrankheit/Sodbrennen Magenschleimhautentzündung
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: _____
 sonstige: _____

Leber-/ Gallenkrankheiten ja nein

- Leberwerterhöhung chronische Hepatitis | welche: _____ (Frühere) Gelbsucht
 Fettleber Gallensteine Leberzirrhose
 sonstige: _____

Stoffwechselerkrankung ja nein

- erhöhtes Cholesterin erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle

Orthopädische Beschwerden ja nein

- Rückenschmerzen Bandscheibenvorfall | wo: _____
- Gelenksbeschwerden | welche: _____
- Künstliche Gelenke | welche, wann: _____ sonstige: _____

Nierenerkrankung ja nein

- chronische Nierenerkrankung Nierensteine Harninkontinenz
- Häufige Harnwegsinfekte sonstige: _____

Erkrankung der Psyche ja nein

- Depression Psychosomatische Erkrankung Psychose
- dauerhafte nervliche Belastung sonstige: _____

Erkrankung des Nervensystems ja nein

- Schlaganfall Lähmungen | wo: _____
- Morbus Parkinson Multiple Sklerose Karpaltunnelsyndrom | Seite: _____
- Epilepsie Polyneuropathie sonstige: _____

Sonstige ja nein

- Krebserkrankungen | welche, wann: _____ Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc)
(auch ausgeheilte)
- Operationen | welche: _____ Ohnmachtsanfälle
- Blutgerinnungsstörung Leukämie / Lymphome sonstige: _____

Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: _____

Vegetative Angaben

- | | ja | nein | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welchen wie oft? _____ |
| Besteht derzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, Geburtstermin: _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____ |
| | | | welchen: <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Spirituosen |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn ja, welche: _____ |

Hatte ein Verwandter 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen: ja nein

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 60. Lj. | <input type="checkbox"/> Darmpolyp(en) | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 60. Lj. | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung welche: |
| <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod | <input type="checkbox"/> Andere Krebserkrankungen welche: | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | _____ | _____ |

An welchen hausärztlichen Standorten werden Sie von uns betreut?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Katzwang | <input type="checkbox"/> Innenstadt | <input type="checkbox"/> Eibach |
| <input type="checkbox"/> Herpersdorf | <input type="checkbox"/> Sündersbühl | <input type="checkbox"/> Schwabach |
| <input type="checkbox"/> Erlangen | | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen | <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Stammpatient seit Jahren |
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine | <input type="checkbox"/> Flyer | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Webseite | <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Empfehlung / sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Facebook / Instagram | <input type="checkbox"/> Örtl. Mitteilungsblatt | _____ |

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxen (MVZ Dr. Renard & Kollegen, ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH) mich über anstehende Untersuchungen, Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. (ggf. streichen)
Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:

