

Fragebogen Krankengeschichte

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: Gewicht: Beruf:

Chronische Erkrankungen:

Bluthochdruck

Diabetes - Typ 1 / Typ 2

Erkrankung	Seit wann?
------------	------------

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Operationen

Dr. medic Mihaela Adam
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Nadja Jacobi
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Stefan Jacobi
Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. univ. Nicolas Rickert
Facharzt für Urologie
Ärztlicher Leiter

Sprechstunden Allgemeinmedizin / Innere Medizin:

Mo 08:00-12:00 & 15:30-18:00

Di 08:00-12:00

Mi 08:00-12:00

Do 08:00-12:00 & 15:30-18:00

Fr 08:00-13:00

Sprechstunden Urologie:

Mo 08:00-12:30 & 13:30-17:30

Di 08:00-14:00

Mi 08:00-12:30 & 13:30-17:30

Do 08:00-14:00

Fr 08:00-13:30

Bank1Saar
IBAN DE72 5919 0000 1070 4410 00
BIC SABADE5SXXX

Rauchen

Ich habe nie geraucht Ich habe früher geraucht Ich rauche

Ca. ____ Päckchen täglich über ca. ____ Jahre

Medikamente

Im Idealfall bringen Sie einen Medikamentenplan mit und geben ihn an der Anmeldung zum Einscannen ab.

Medikament	Stärke (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bringen Sie Vorbefunde / Arztbriefe mit und geben Sie diese bei der Anmeldung zum Einscannen ab.