

# Allgemeine Patientendaten Innere

**Nummer: FO-13666**

Name/Patient	Vorname	Geburtsdatum
--------------	---------	--------------

Anschrift

Tel.-Nr. und/oder Handy Nr.	Tel.-Nr. Beruflich	E-Mail
-----------------------------	--------------------	--------

(Ausgeübter) Beruf

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg (Änderungen? \_\_\_\_\_ ) Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

 Rauchen Sie?  Nein, seit \_\_\_\_\_  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag?

Welche aktuellen Beschwerden bestehen?

 Welche Erkrankungen sind aktuell bekannt bzw. bestanden bei Ihnen in der Vergangenheit? /  
 Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (bitte jeweils mit Jahresangaben)

Welche Medikamente nehmen Sie ein (in welcher Dosierung)?

Allergien?

**Nur für Frauen:**

Alter bei der ersten Monatsblutung? \_\_\_\_\_ Jahre

 Besteht der Zyklus noch?  Ja  Nein, nicht mehr seit \_\_\_\_\_ Lebensalter

 Ist/war der Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke und -dauer?  Ja

 Nein, auffällig war: \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahr von Schwangerschaften oder Fehlgeburten? \_\_\_\_\_

Wann war der 1. Tag der letzten Blutung? \_\_\_\_\_

 Nehmen Sie Hormone (die "Pille" oder Hormone in den Wechseljahren)?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

<u>Ihr Überweisungsarzt bekommt einen Arztbrief</u>	Einverstanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	----------------	-----------------------------	-------------------------------

Datum: _____	Unterschrift: _____
--------------	---------------------

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.

 Ich bin mir bewusst, dass ich eine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.  
 Vielen Dank