

Internistisches MVZ Pfaffenhofen

Hohenwarter Str. 31 • 85276 Pfaffenhofen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Probleme unterhalten, möchten wir Sie bitten, folgende kurze Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: **Vorname:** **geb. am:**

PLZ/Ort: **Straße/Nr.:**

Telefon: **Fax:** **Mobil:**

E-Mail: **Krankenkasse:**

Sind Sie bei einer Beihilfestelle versichert? Ja Nein

Haben Sie eine stationäre Zusatzversicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

Empfohlen durch:

Hausarzt (ggf. mit Adresse):

Soll ihr Hausarzt einen Befundbericht erhalten? Ja Nein

Größe: Gewicht:

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Wenn ja wie viel und seit wann? Wenn früher geraucht wie viel und seit wann nicht mehr?

Haben Sie Bauchbeschwerden? Ja Nein seit wann?.....
(z.B. Schmerzen, Blähungen, Übelkeit, Gewichtsverlust)

Sind bei Ihnen Polypen, chronische Magen-Darm Erkrankungen oder Tumore bekannt? Ja Nein

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt? Ja Nein
(insbesondere Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse)

Haben Sie eine Leber- oder Gallenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Schluckstörungen oder Sodbrennen? Ja Nein

Hat sich Ihr Stuhlgang verändert? Ja Nein
(z.B. Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhl)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßige ein?

Name des Medikamentes:	morgens	mittags	abends
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Befunde (z.B. Arztbriefe, Berichte, Labor etc.) an andere Ärzte / Krankenhäuser weitergegeben werden dürfen. Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit in der Praxis widerrufen.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir aktuelle Informationen (z.B. in Form einer Infozeitschrift, E-Mail, App etc.) über ggf. mich betreffende medizinische Sachverhalte (z.B. Medikamentenunverträglichkeiten, aktuelle Studien etc.) unverbindlich und kostenfrei zugesendet (postalisch/elektronisch) werden können. Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit in der Praxis oder per E-Mail an info@degedi.de widerrufen.

Datum..... Unterschrift.....