



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Diabetologische Schwerpunktpraxis
Gelbfieberimpfstelle des Landes NRW

Bitte füllen Sie diesen Aufnahme-Bogen sehr sorgfältig aus. Nur wenn wir Ihre Erkrankungen und gesundheitlichen Besonderheiten kennen, können wir Sie optimal behandeln. Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. **Vielen Dank !**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____ ggf. Handy: _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Arbeitgeber

Hatten oder haben Sie folgende ...

... Kinderkrankheiten?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Scharlach
- Windpocken

... Operationen?

- Blinddarm
- Mandeln
- Sonstige: _____

... Vorerkrankungen?

- Bluthochdruck
- Tumorerkrankung
- Fettstoffwechselstörung
- Gicht
- Aids
- Herzkrankheit
- Sonstiges: _____
- Blutzuckerkrankheit
- Nierenerkrankung
- Gelenk-Rheuma
- Leberentzündung
- Psychische Erkrankung
- Magenerkrankung
- Hautkrankheit
- Harnsäurestoffwechselstörung
- Tuberkulose
- Asthma
- Anfallsleiden

... Allergien gegen?

- Penicillin
 - Tierhaare
 - Metalle
 - Sonstiges: _____
 - Aspirin (ASS)
 - Hausstaubmilben
 - Weiß nicht
 - Blütenstaub
 - Nahrungsmittel*
- *Wenn ja, welche Nahrungsmittel? _____

Familienvorgeschichte: Gab es in Ihrer Familie bereits ...

- Bluthochdruck Nein Ja
- Zuckerkrankheit (Diabetes) Nein Ja
- Fettstoffwechselerkrankungen Nein Ja
- Herzinfarkt Nein Ja
- Asthma Nein Ja
- Krebs* Nein Ja

*Wenn ja, welcher? _____

Weitere Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden:

Durst Normal Vermehrt

Appetit Normal Vermehrt

Stuhlgang Normal Vermehrt

*Wenn nicht normal,

Durchfall Verstopfung

*Wenn Durchfall,

Mit Blut Mit Schleim

*Wie oft am Tag? Wann? _____

Wasserlassen Normal Vermehrt

*Wenn nicht normal „Brennen“ Startschwierigkeiten

Nachts öfter als 1 - 2 mal

Gewicht Konstant Nicht konstant

*Wenn nicht konstant Zunahme Abnahme
_____ Kilogramm in _____ Monaten

Mir ist sehr oft kalt Nein Ja

Mir ist sehr oft warm Nein Ja

Ich schwitze übermäßig Nein Ja

Ich habe oft Kopfschmerzen Nein Ja

Zigaretten Nein Ja

*Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Alkohol Nein Ja

*Wenn ja, Täglich Ab und zu

*Was? _____

*Wieviel? _____

Sonstiges:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

*Wenn ja, welche? _____

Körpergröße (in cm) Gewicht (in kg) _____

Ich besitze Impfschutz gegen

Tetanus Nein Ja Weiß nicht

Diphtherie Nein Ja Weiß nicht

Polio Nein Ja Weiß nicht

BCG-Tuberkulose Nein Ja Weiß nicht Bitte Impfungen auffrischen

Mumps Nein Ja Weiß nicht

Hepatitis A Nein Ja Weiß nicht

Hepatitis B Nein Ja Weiß nicht

Röteln Nein Ja Weiß nicht

Wann war der letzte Check-up (Gesundheitsuntersuchung) _____

*Wurden Erkrankungen festgestellt ? Wenn ja, welche ? _____

Wünschen Sie eine Gesundheitsuntersuchung? Ja Nein

Unterschrift