



SCHLAFZENTRUM BURGWEDEL

PRAXIS BURGWEDEL

ZENTRUM FÜR INNERE UND ALLGEMEINMEDIZIN, SCHLAFMEDIZIN

Dr. med. Gerd-Christian Sutor



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie stehen bei uns im Mittelpunkt, von Anfang an!

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie kurz, aber vollständig die folgenden Fragen zu beantworten. Unklare Fragen lassen Sie bitte offen, das Praxisteam und Ihr Arzt werden diese mit Ihnen zusammen beantworten.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Straße; PLZ/Wohnort: _____

Telefonnummer/privat: _____ Telefonnummer/Handy: _____

versichert bei: _____ Rechnungsempfänger(Privatversicherte): _____

Beruf: _____ Hausarzt/zuweisender Arzt: _____

Mit welchen akuten Beschwerden kommen Sie zu uns?

Von welchem Arzt/welchen Ärzten wurden Sie die vergangenen 3 Quartale behandelt?

Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Herz-Kreislaufkrankungen:

- ☐ Angeborener oder erworbener Herzfehler
Welcher? _____
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Herzkrankgefäßerkrankung
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Venenentzündung/Thrombose
- ☐ Embolie
- ☐ Bewusstlosigkeit
- ☐ Herz-OP
- ☐ Herzkatheter
- ☐ Sonstiges: _____

Stoffwechselerkrankungen:

- ☐ Diabetes mellitus (Zucker)
- ☐ Gicht
- ☐ erhöhte Blutfettwerte
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
 - ☐ Unterfunktion
 - ☐ Vergrößerung/Überfunktion

sonstige Erkrankungen:

- ☐ Bauchkrankungen
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Krebsleiden
- ☐ Bluterkrankung
- ☐ Krampfanfälle
- ☐ Nerven-/Gemütskrankungen
- ☐ Knochen-/Gelenkerkrankungen
- ☐ Rheuma
- ☐ Lungenerkrankung
 - ☐ Asthma → Bitte ACT Bogen ausfüllen
 - ☐ COPD → Bitte CAT Bogen ausfüllen
- ☐ Schlafapnoe
→ Bitte Schlaffragebogen ausfüllen

Allgemeine Vorgeschichte

- ☐ Wasser lassen nachts?
- ☐ ja? Wie oft? _____
- ☐ nein
- ☐ Raucher?
- ☐ Seit wann? _____
- ☐ Wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- ☐ Nichtraucher?
- ☐ Alkohol
 - ☐ Gläser/Tag Bier _____ Wein _____ Spirituosen/Rum/Wodka _____
- ☐ Treiben Sie Sport? ☐ ja ☐ nein

Familie

- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Herzinfarkt / Schlaganfall
- ☐ Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit
- ☐ Hohe Blutfettwerte

Dauermedikamente

Name/Dosierung

Haben Sie Interesse an Vorsorge-Gesundheitsleistungen? _____ja_____nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Empfohlen durch: _____ Internet/Homepage: _____ Telefonbuch: _____

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Ihr Praxisteam