



Neupatientenfragebogen / Lipidsprechstunde

Name:

Vorname:

Geb.:

wohnhaft in:

Telefonnummer:

Mobilfunknummer:

Faxnummer:

e-mail:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

Trinkmenge/Tag:

Hausarzt / weitere Ärzte:

(Bitte Adresse angeben!)

Im Notfall zu informierende Personen:

(Bitte Telefonnummer angeben!)

Haben oder hatten Sie:

Gefäßerkrankungen:

ja

nein

weiß nicht

Wenn ja, seit wann?

Schlaganfall:

ja

nein

weiß nicht

Wann?

Herzinfarkte:

ja nein weiß nicht
O O O

wenn ja, wann?

Nierenerkrankungen / Nierensteine:

ja nein weiß nicht
O O O

Wenn ja, seit wann?

Bluthochdruck (Hypertonus):

ja nein weiß nicht
O O O

Wenn ja, seit wann?

Nehmen Sie regelmäßig Blutdruck-Tabletten ein?

ja nein
O O

Wenn ja, welche?

Diabetes:

ja nein weiß nicht
O O O

Wenn ja, wie werden Sie behandelt?

Diät Tabeletten Insulin
O O O

Wenn ja, seit wann?

sonstige Vorerkrankungen / Operationen:

Allergien:

ja nein
O O

wenn ja, welche?

Medikamentenunverträglichkeiten von Lipidsenkern:

ja nein
O O

wenn ja, welche bei Lipidsenkern? _____

eingegenommen von wann bis wann: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

ja nein
O O

wenn ja, welche?

Milcherzeugnisse/Lactose O

Fisch, Schalentiere O

Getreide O

Obst

Gluten

O

O

sonstige _____

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

ja

nein

O

O

Haben Sie Ödeme (Wassereinlagerungen)?

ja, immer
ja, gelegentlich
nein

O

O

O

wenn ja, wo? _____

Rauchen Sie?

ja nein
O O

wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol?

ja, regelmäßig
ja, gelegentlich
nein

O

O

O

aktuelle Medikation / wenn vorhanden, bitte Medikamentenplan vorlegen:

Krankenhausaufenthalte in den letzten zwei Jahren (Wann / Warum):

Familienanamnese (bitte genau ausfüllen):

Sind in Ihrer Familie die nachfolgend genannten Erkrankungen bekannt?

	Mutter	Vater	Geschwister	Kinder	weitere
Gefäßerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstige					

Haben Sie noch Fragen oder Wünsche an uns?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam