

Frauen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf/letzte Tätigkeit: _____

Größe/Gewicht: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Fax-Nummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Fachärzte: _____

Grund Ihres Praxisbesuches:

 Harnverlust beim Niesen
 Plötzlicher, starker Harndrang

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
	nein					ja			

Geburten

 nein ja: _____

Unterleibsoperationen: _____

Schwangerschaft möglich

(Bitte "ja" oder "nein" schreiben)

Allergie:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Blutverdünnung:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Diabetes mellitus:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	Metformin:	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----	------------	--------------------------	------	--------------------------	----

Nierenfunktionsstörung:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	----

Herzinfarkt:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:	Stent	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
--------------------------	------	--------------------------	-----	-------	--------------------------	------	--------------------------	----

Schlaganfall:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Herzrhythmusstörung:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Krebserkrankung:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Infektionskrankheiten:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Schilddrüsenerkrankung:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja:
--------------------------	------	--------------------------	-----

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Praxis Befunde und Behandlungsdaten von mir bei mitbehandelnden Leistungserbringern einholen und übermitteln (lt. Paragraph 73 Abs 1b SGB V):

 ja nein

Ich wäre ggf. mit Erinnerungen an anstehende Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen einverstanden:

 ja nein

Ggf. wäre ich mit einer Befundmitteilung an mich über Fax oder E-Mail einverstanden:

 ja nein

Rosenheim, den _____

Unterschrift