

**Erkrankungen in der Familie
(Eltern, Geschwister):**

- Bluthochdruck Ja Nein
 Blutzuckerkrankheit Ja Nein
 Fettstoffwechsel Ja Nein
 Herzinfarkt Ja Nein
 Asthma Ja Nein
 Schlaganfall Ja Nein
 Krebs Ja Nein
 wenn ja, welche Krebsart?

.....

Andere Erkrankungen

.....

Rauchen Sie?

- Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

- Ja, im..... Monat
 Nein
 ungewiss

**Wann hatten Sie den letzten Gesundheits-
Check?**

.....

**Machen Sie regelmäßig Krebsvorsorgeunter-
suchungen?**

- Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

.....

**Wie sind Sie auf unsere Praxis
aufmerksam geworden?**

- durch die Familie
 durch einen Kollegen am Arbeitsplatz
 durch die Gelben Seiten
 durch das örtliche Telefonbuch
 durch das Arztschild
 ich wohne in der Gegend
 Internet

**Möchten Sie in Zukunft regelmäßig von
uns über bestimmte wichtige Gesund-
heitsthemen informiert werden?**

- Ja
 Nein

**Falls ja, welche Themen interessieren Sie
besonders?**

- Impfungen, auch Reiseimpfungen
 Gesundheitsvorsorge / Check-Up
 Krebsvorsorge
 Kinder- und Jugendvorsorge
 alternative Heilmethoden
 Akupunktur
 Sportmedizin

**Dürfen wir Sie in Zukunft an bestimmte
Termine schriftlich, telefonisch oder per
E-Mail erinnern?**

- Ja
 Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

**Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin bei
uns Ihren Impfausweis mit!**

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin, Hausärztliche Versorgung, Akupunktur

Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover

Am Spring 1, 31241 Ilsede - Gr. Bülten
 Telefon 05172-7432, Fax 05172-126309
 e-Mail service-scheibe@online.de

e Mail: service@hausarzt-scheibe.de