

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

ja nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die Medikamente oder Stoffe ein, gegen die Sie allergisch sind.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, tragen Sie bitte die Namen der Medikamente ein oder geben Sie uns Ihre Medikamentenliste.

Gehen Sie regelmäßig zur Hautkrebsvorsorge?

ja nein

Wenn ja, tragen Sie bitte das Jahr der letzten Hautkrebsvorsorge ein.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja nein

(z. B. Marcumar, Asperin, ASS, Godamed, Plavis o. ä.)

Haben Sie (oder hatten Sie früher) eine der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
- Herzbeschwerden / Herzinfarkt
- Magenbeschwerden (Sodbrennen, Magengeschwüre)
- Schilddrüsenerkrankung

**Leiden Sie an übertragbaren Infektionskrankheiten?
(HIV, Virushepatitis, Tuberkulose o. ä.)** ja nein

Sind in Ihrer Familie Hautkrebserkrankungen aufgetreten? ja nein

Rauchen Sie? nein ja, ca. Zig. / Tag
 nicht mehr, ich habe aufgehört seit

Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich täglich

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein Verdacht

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)
- durch Bekannte / Verwandte
- durch das Internet
- durch Flyer
- durch einen AOK-Mitarbeiter / Kundenberater
- Sonstiges

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Patient/in: