

PRAXIS DR. MED. PETRA LESCHIG

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN -
PALLIATIVMEDIZIN UND MANUELLE THERAPIE

BAHNHOFSWEG 1

21244 BUCHHOLZ

TEL: 04187 - 900 12 90

FAX: 04187 - 609 89 60

info@praxis-leschig.de

PATIENTENDATEN

NAME

VORNAME

GEB.DATUM

TELEFON FESTNETZ

TELEFON MOBIL

MAIL

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie bekannt?

- | | | |
|--|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | bei wem? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | bei wem? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / KHK | bei wem? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | bei wem? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebs | bei wem? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden | bei wem? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | bei wem? | _____ |

Meine Dauermedikamente Keine

Medikamentenname und Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Allergien:

- keine
 Medikamente, wenn ja welche?
 Röntgenkontrastmittel (Jod)
 Sonstige, wenn ja welche?

Chronische Krankheiten:

- keine Lebererkrankungen Herzkrankheiten
 Bluthochdruck Schilddrüsenkrankheit Zuckerkrankheit
 Magen- / Darmkrankheit Hauterkrankung Nierenerkrankung
 Darmkrebs anderer Krebs / Tumorleiden Asthma Bronchiale
 Sonstiges

Ihre Ärzte

Orthopäde	
Gynäkologe	
Urologe	
Kardiologe	
Dermatologe (Hautarzt)	
Augenarzt	
Sonstige	

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____