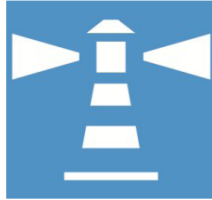


Dr. med.

**Maren von der Ohe**

Fachärztin für Innere Medizin  
und für Allgemeinmedizin



Dr. med.

**Jan Philip Wegner**

Facharzt für Innere Medizin  
Hausarzt

---

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Wir freuen uns, dass Sie als neuer Patientin/ als neuer Patient zu uns in die Praxis gekommen sind. Vor einem persönlichen Gespräch möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, lassen Sie die Punkte einfach offen. Reicht der Platz nicht, nutzen Sie gern die Rückseite.

**1. Aus welchem Anlass kommen Sie heute?**

**2. Sind bei Ihnen chronische Krankheiten bekannt?**

- |                                       |                                         |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck   | <input type="radio"/> Hohe Blutfette    | <input type="radio"/> Sonstiges: |
| <input type="radio"/> Herzerkrankung  | <input type="radio"/> Nierenkrankheiten |                                  |
| <input type="radio"/> Schlaganfall    | <input type="radio"/> Lungenkrankheiten |                                  |
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Nervenleiden      |                                  |

**3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** (Bitte auch selbst gekaufte Medikamente, Naturheilmittel, Bedarfsmedikamente mit angeben)

**4. Rauchen Sie?**       ja       nein

**5. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, woran?**

**6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?**

**7. Sind Sie in letzter Zeit geimpft worden? Wenn ja, wogegen?**

**8. Sind in Ihrer Familie (v.a. Eltern, Geschwister) Erkrankungen aufgetreten?**

**9. Was sind Sie vom Beruf?**

**10. Wären Sie damit einverstanden, dass wir Sie auch per Telefon, Brief oder Email informieren oder auf anstehende Untersuchungen, Impfungen o.ä. hinweisen?**

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---