

**Name:** .....

**Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Straße:** .....

**PLZ/Wohnort:** .....

**Tel. Nr.:** ..... **Mobil-Nr.:** .....

**Email-Adresse:** .....

**Beruf:** .....

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**  
 die folgenden Fragen dienen der Klärung Ihres  
 Krankheits- oder Beschwerdebildes. Sie  
 erleichtern hiermit unser anschließendes  
 Gespräch. Bitte beantworten Sie die Fragen daher  
 gewissenhaft u. möglichst vollständig durch  
 Ankreuzen oder Unterstreichen der zutreffenden  
 Fragen oder machen bei Unsicherheit ein  
 Fragezeichen. Selbstverständlich unterliegen Ihre  
 Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.  
 Vielen Dank für Ihre Mithilfe

**Klinische Praxen Dres. Lange - Manchot**

Sie kommen: auf Empfehlung  persönlich  Online:  Praxisschild /  eigene Suche

**Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?**

**Kinderkrankheiten**

Röteln  
 Masern  
 Mumps  
 Scharlach  
 Diphtherie  
 Keuchhusten  
 Rachitis  
 Sonstige

**Baucherkrankungen**

Gallensteine  
 Gelbsucht  
 Lebererkrankungen  
 Magenbeschwerden  
 Magen- Zwölffingerdarmgeschwür  
 Verstopfung  
 Durchfälle  
 Sonstige

**Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten**

Grüner, grauer Star  
 Sehstörungen  
 Sonstige Augenerkrankungen  
 Nasen-Nasennebenhöhlenentzündungen  
 Heuschnupfen  
 Nasenbluten  
 Sonstige Nasenerkrankungen  
 Mandelentzündungen  
 Zahnerkrankungen  
 Sonstige Halserkrankungen  
 Mittelohrentzündung  
 Schwerhörigkeit  
 Sonstige Ohrenerkrankungen

**Infektionskrankheiten**

Typhus/Pratyphus/Ruhr  
 Ansteckende Gelbsucht  
 TBC  
 Geschlechtskrankheiten  
 Rheumatisches Fieber  
 Sonstige

**Lungenerkrankungen**

Lungen- Rippenfellentzündung  
 Bronchitis  
 Asthma  
 Sonstige

**Sonstige Erkrankungen**

**Allergie**  
 Wogegen?  
  
 Hautkrankheiten  
 Blutkrankheiten, z.B. Blutarmut  
 Krebs  
 Krampfanfälle  
 Nervöse Beschwerden  
 Gemütskrankheiten  
 Sonstiges

**Stoffwechselerkrankungen**

Zuckerkrankheit  
 Gicht  
 Erhöhte Blutfette  
 Schilddrüsenenerkrankungen  
 Sonstige

**Knochen- und Gelenkerkrankungen**

Rheuma  
 Wo?  
 Gelenksbeschwerden  
 Wo?  
 Bandscheibenschaden  
 Sonstige

**Herz- und Gefäßerkrankungen**

Hoher Blutdruck  
 Niedriger Blutdruck  
 Herzfehler  
 Herzschmerzen  
 Herzstolpern  
 Herzinfarkt  
 Schlaganfall  
 Durchblutungsstörung der Beine  
 Krampfadern  
 Thrombose  
 Sonstige

**Nieren- u. Geschlechtskrankheiten**

Blasen- Nierenentzündungen  
 Blasen- Nierensteine  
 Blutiger Urin  
 Prostataleiden  
 Frauenkrankheiten

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?**

Hoher Blutdruck  
 Herzinfarkt  
 Übergewicht  
 Zuckerkrankheit  
 Gicht  
 Gallen- Nierensteine  
 TBC  
 Krebs  
 Asthma  
 Nerven- Gemütskrankheiten

**Nur für weibliche Patienten**

Geburten  
 Regel (Abstand/Dauer)  
 Wechseljahre (Beginn)  
 Pille

**Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus und unterschreiben Sie dort zweimal**

**Sonstige Fragen**

Raucher (wieviel, was)?

Nichtraucher

Alkohol (wieviel, was)?

Kein Alkohol

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme**

Regelmäßige Einnahme von:

Abführmitteln

Schlafmitteln

**Bisherige Krankenhausaufenthalte**

Wann

wo

warum

**Heutiger Grund für Ihren Arztbesuch:**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Die Informationen zur Verarbeitung meine personenbezogenen Daten (Art. 13 DSGVO) wurde mir zusammen mit diesem Bogen ausgehändigt.

Hamburg, \_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift**Datenschutzrechtliche Hinweise zu freiwilligen Angaben und Kontaktaufnahme**

Ich bin damit einverstanden, über meine angegebenen Kontaktdaten (Adresse, Telefon-Nr., Mobil-Nr., Email-Adresse) kontaktiert zu werden, Befunde übermittelt zu bekommen und weitere Informationen erhalten zu bekommen, unabhängig von der Sicherheit der benutzten Datenübermittlung. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, für deren Verarbeitung meine Einwilligung die Rechtsgrundlage ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis als Datenverantwortlichen widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Hamburg, \_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Klinische Praxen Dres. Lange-Manchot, Hansastraße 2-3, 20149 Hamburg und Graumannsweg 21,  
22087 Hamburg, Tel.: 040 22 72 78-88, Fax: 040 22 72 78-78,  
Email: [info@klinische-praxen.de](mailto:info@klinische-praxen.de) & [office@doktormanchot.de](mailto:office@doktormanchot.de)**