

Praxis  
Thomas Hoffmann  
Nikolausberger Weg 20  
37073 Göttingen  
0551-29177015

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Sonst. Beh. Arzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

1. Welche Probleme/Beschwerden/Veränderungen/Störungen sind Anlass zur Vorstellung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Seit wann bestehen diese?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

---

---

---

4. Vorerkrankungen/Unfälle:

---

---

---

5. Operationen:

---

---

---

6. Allergien/Unverträglichkeiten:

---

---

---

7. Chronische Erkrankungen:

---

---

---

8. FÜR FRAUEN: Schwangerschaften und Geburten (Wie empfunden? Wie verlaufen? Welche Veränderungen während und danach?)

---

---

---

---

9. Medikamente (welche, wann, warum, Wirkung, Nebenwirkungen):

---

---

---

---

10. Narben (Wo? Wodurch entstanden?):

---

---

---

11. Schlafverhalten (wie viele h, Erholungsgefühl, Unterbrechungen):

---

---

12. Ess- und Trinkgewohnheiten:

---

---

13. Stuhl und Urin:

---

---

14. Suchtmittel?

---

---

15. FÜR FRAUEN: Menstruation (Dauer, Regelmäßigkeit, Verlauf), IUP:

---

---

16. Nachtschweiss?

---

17. Gewichtsverlust?

---

18. Erhöhte Temperatur?

---

19. Dauerhafte Müdigkeit/Erschöpfung?

---

20. Blut im Stuhl und/oder im Urin?

---

21. Zusätzliche Anmerkungen:

---

---

---

## Dokumentation

Datum

Befund/Behandlung