

# Interview bei erstmaligem Arztbesuch

Ihre stichwortartigen Angaben sind freiwillig und helfen einen ersten Überblick über ihre Gesundheit zu bekommen.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

chronische Erkrankungen von Eltern und Geschwistern:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eigene Kinderkrankheiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eigene Vorerkrankungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bisherige Operationen: (Jahresangabe wenn möglich)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bisherige Behandlungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien und Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impfstatus: bekannte Impfungen mit Jahresangabe soweit möglich:

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_ Kinderlähmung: \_\_\_\_\_ Hepatitis: \_\_\_\_\_  
Röteln: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige wiederkehrende Beschwerden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich wünsche eine schriftliche Erinnerung für notwendig Therapiemaßnahmen, z.B.

Wiederholungsuntersuchungen, Impfungen

ja

nein

Datum

Unterschrift