Gemeinschaftspraxis Mertens I Prof. Adarkwah & Partner

- > Prof. Dr. Dr. med. Charles Christian Adarkwah
- > Dr. med. Irmela Wigger
- > Matthias Otto
- > Dr. med. Katja Massong
- > Tamara Jichonaia
- > Astrid Bannert-Cybulski
- > Moritz Johannsen

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin I Hausärztliche Versorgung



Gelbfieberimpfstelle I Akademische Lehrpraxis der Universität Marburg

Liebe Patientinnen, Liebe Patienten,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Ihre Antworten dienen dazu, Sie bestmöglich versorgen zu können. Falls Sie Hilfe bei der Beantwortung der Fragen benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen am Empfang. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank.

Persönliche Daten					
Name	Vorname			geb. am	
Strasse	Nr.	PLZ		Ort	
Telefon Mobil					
E-Mail	 Beruf				
Möchten Sie an regelmäßi	gen Untersuch	ungen, z.B. V	orsorgeunte	ersuchungen erinnert werden?	
□ ja □ per Email □ t	elefonisch 🗆	per SMS	□ nein		
Wie wurden Sie auf unser	e Praxis aufme	rksam?			
Wer war Ihr bisheriger Ha	usarzt?				
Wer darf Auskunft über Ihre	medizinischen D	aten erhalten	(z.B. Ehe-, Lel	benspartner, etc bitte Namen angebe	

Wichtige Informationen für gesetzlich versicherte Patienten:

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in einem neuen Quartal. Liegt diese uns nicht innerhalb von 10 Tagen nach Ihrer Behandlung vor, sind wir leider gezwungen Sie als Privatpatient zu betrachten und Sie erhalten von uns eine Rechnung.



Auf dem Stück 36 57223 Kreuztal-Krombach Tel. (02732) 80063, Fax. 80064 Rezept-Hotline (02732) 553555 Praxis Fellinghausen

Fellinghausener Str. 15 57223 Kreuztal-Fellinghausen Tel. (02732) 21043 Fax. 21044 Rezept-Hotline (02732) 204096 Kontakt

E-Mail krombach@familydocs.de E-Mail fellinghausen@familydocs.de Website www.familydocs.de



Ihr persönlicher Gesundheitscheck - Bitte tragen Sie hier Ihre Vorerkrankungen ein

□ Nervensystem (z.B. Schlaganfälle, Krampfanfälle): □ Psyche (z.B. Depression, Burn-Out, Psychosen, Angststörungen): □ Lunge und Bronchien (z.B. COPD, Asthma, Lungenembolie): □ Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Colitis ulcerosa /M. Crohn): □ Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Hepatitis): □ Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen): □ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	Sind	l bei Ihnen Allergien bekannt? 🗆 nein 💢 ja, gegen:
□ Psyche (z.B. Depression, Burn-Out, Psychosen, Angststörungen): □ Lunge und Bronchien (z.B. COPD, Asthma, Lungenembolie): □ Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Colitis ulcerosa /M. Crohn): □ Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Hepatitis): □ Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen): □ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Her	rz-/Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Klappenerkrankunger
□ Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Hepatitis): □ Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen): □ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: □ Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Gef	fässerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen):
□ Lunge und Bronchien (z.B. COPD, Asthma, Lungenembolie): □ Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Colitis ulcerosa /M. Crohn): □ Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Hepatitis): □ Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen): □ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: □ Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Nei	rvensystem (z.B. Schlaganfälle, Krampfanfälle):
□ Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Colitis ulcerosa /M. Crohn): □ Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Hepatitis): □ Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen): □ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: □ Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Psy	rche (z.B. Depression, Burn-Out, Psychosen, Angststörungen):
□ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Lun	nge und Bronchien (z.B. COPD, Asthma, Lungenembolie):
□ Nieren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen): □ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Erk	rankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Colitis ulcerosa /M. Crohn):
□ Hormonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen): □ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Leb	per, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Hepatitis):
□ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Nie	ren, Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Blasenentzündungen):
□ Blutkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien): □ Operationen, folgende: Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Dosierung, Zeitpunkt)?	□ Hoı	rmonsystem und Knochen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen):
Fehlt Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:	□ Blu	tkrankheiten (z.B. Blutarmut, Leukämien):
		erationen, folgende:
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Dosierung, Zeitpunkt)?	Fehlt	Ihnen ein Organ? □ nein □ ja, folgendes:
	Welc	he Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Dosierung, Zeitpunkt)?

