
Name, Vorname

Sehr geehrte Patienten,

wenn Sie die folgenden Fragen vorab beantworten könnten, wäre für alle Patienten mit geringeren Wartezeiten zu rechnen. Lassen Sie Fragen offen, die nicht beantwortet werden können. Sie haben anschließend Gelegenheit, dies zusammen mit Ihren jetzigen Beschwerden oder dem Grund Ihres Kommens in einem gemeinsamen Patienten-Arzt Gespräch zu klären.

Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

Für Frauen: Sind Sie schwanger? 0 Ja 0 Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____ SSW
Haben Sie...

hohe Blutfette:	0 Ja	0 Nein	0 Grenzwertig	0 weiß nicht
hohen Blutdruck:	0 Ja	0 Nein	0 Grenzwertig	0 weiß nicht
Zuckerkrankheit:	0 Ja	0 Nein	0 Grenzwertig	0 weiß nicht

Rauchen sie? 0 Nein 0 Ja, Anzahl pro Tag _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (Name der Medikamente, bei Frauen auch Pille):

Nahmen Sie innerhalb der letzten zwei Wochen Schmerzmittel ein:

0 Nein 0 Ja, die folgenden _____ zuletzt am _____

Bestehen aktuelle Erkrankungen:

Bestanden frühere Erkrankungen (z.B: Thrombosen, Lungenembolie, Operationen):

Haben Sie Geschwister (Bruder oder Schwester und Alter der Geschwister):

Haben Sie Kinder (Sohn oder Tochter und Alter der Kinder):

Erkrankungen der Eltern oder andere Familienmitglieder (ggf. zusammen mit Arzt ausfüllen):

Die Blutuntersuchung schließt möglicherweise genetische Untersuchungen mit ein. Dies setzt nach dem Gendiagnostikgesetz Ihr schriftliches Einverständnis voraus. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Untersuchung wird im Arztgespräch aufgeklärt.

Ich bin mit der genetischen Untersuchung und genetischen Beratung im Rahmen der Blutgerinnungsuntersuchung in der Praxis Mondorf/Mahnel einverstanden. Dieses Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen. Der Arztbrief kann elektronisch an meinen Arzt übermittelt werden.

Datum:

Unterschrift:
