



# Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

AKADEMISCHE LEHRPRAXIS DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Dr. med. Breda von Blittersdorff



Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Felix von Blittersdorff



Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

**1 Haben Sie Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc.)?** Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

**2 Haben Sie Allergien?** Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

**3 Wurden Sie schon einmal operiert?** Ja  Nein

Wenn ja, woran:

---

**4 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung?** Ja  Nein

Wenn ja, Grund:

---

**5 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

---

---

---

**6 Rauchen Sie?** Ja  Nein  → Wenn ja, wie viel und seit wann? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**7 Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?** Ja  Nein

**8 Treiben Sie Sport (welchen, wie oft)?** Ja , \_\_\_\_\_ Nein

**9 Nennen Sie bitte den Grund für Ihren aktuellen Besuch:**

---

**10 Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?** Ja  Nein

---