

Dres. med. Paß&Peters

<p style="text-align: center;">Patientendaten</p> <p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefon:</p> <p>Größe:</p> <p>Gewicht:</p> <p>Hausarzt:</p>	<p>Gemeinschaftspraxis</p> <p>Dr. med. Gregor Paß Dr. med. Hermann Peters Fachärzte für Urologie, Andrologie medikamentöse Tumorthherapie und Palliativmedizin Südweststr. 1</p> <p>50126 Bergheim</p>
--	--

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie in meine/unsere Sprechstunde?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen
Führen Sie bitte auf:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn Ja, welche? (z.B. Marcumar, ASS oder Metformin)

Leiden Sie an einer Medikamenten-, Kontrastmittel oder Jodallergie? Wenn Ja, an welcher bzw. gegen welches Medikament?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn Ja, welche und wann?

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft und wenn Ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?

Datum:	Unterschrift des Patienten:
--------	-----------------------------