



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Beruf:
Telefon:.....Handy:.....
E-Mail:.....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden

Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Fettstoffwechselstörungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörungen,
Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankungen (Asthma,
COPD) Thrombose oder
Lungenembolie Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Krampfleiden/ neurolog.
Erkrankungen Operationen/Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | | | |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: | | | nicht mehr seit:..... |
| Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel: | | | |
| Haben Sie Allergien? - | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Gegen Medikamente? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, gegen welche?..... | | | |
| -Andere Allergien:..... | | | |

Wie groß sind Sie:.....cm Wieviel wiegen Sie:.....

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckererkrankung/Diabetes mellitus Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Nein Ja

Bluterkrankungen Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Familienstand..... Kinder.....

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

Sport(was, wie oft?).....

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

.....

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein Ja

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....
 Datum, Unterschrift