

Liebe Patientin, lieber Patient,
um sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ausführliche Informationen zu welchem Zweck wir in unserer Praxis Daten erheben, speichern und weiterleiten, entnehmen Sie bitte dem Aushang links neben der Ausgangstür.

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Telefonnummer / Mobil:	E-Mail-Adresse:	Beruf:
Ihre Größe:	Ihr Gewicht:	Ihr vorheriger Hausarzt:
Familienstand:	Kinder:	Sorgerecht: ☐ gemeinsam ☐ alleinig ☐ Mutter ☐ Vater

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen? Falls Sie den Beginn der Krankheit wissen, geben Sie diesen bitte an (das Jahr ist ausreichend).

Erkrankungen	seit wann / nähere Angaben	
Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja:
Herzkranzgefäße/ Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja:
Herzerkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja:
Durchblutungsstörungen der Beine	☐ nein	☐ ja:
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ nein	☐ ja:
Fettstoffwechselstörung	☐ nein	☐ ja:
Tumorerkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Lebererkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Chron. Infektionserkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Lungenerkrankungen (Asthma/COPD)	☐ nein	☐ ja:
Thrombose oder Lungenembolie	☐ nein	☐ ja:
Augenerkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Krampfleiden neurolog. Erkrankungen	☐ nein	☐ ja:
Operationen/Unfälle	☐ nein	☐ ja:

Weitere Angaben

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja: welchen Sport, wie oft?	☐ nein ☐ ja:
Rauchen Sie? Falls ja, seit wann & wie viel pro Woche?	☐ nein ☐ ja, seit: ☐ nicht mehr seit:
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Falls ja, wie viel pro Woche?	☐ nein ☐ ja: ☐ nicht mehr seit:
Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Welche?	☐ nein ☐ ja:
Weitere Allergien?	☐ nein ☐ ja:
Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?	☐ nein ☐ ja, zugenommen: ____kg ☐ ja, abgenommen: ____kg
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	
Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?	Herzkatheter: ☐ nein ☐ ja: Darmspiegelung: ☐ nein ☐ ja:

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	☐ nein ☐ ja
Herzerkrankungen	☐ nein ☐ ja
Schlaganfall	☐ nein ☐ ja
Durchblutungsstörungen der Beine Zuckererkrankung / Diabetes	☐ nein ☐ ja
Tumorerkrankungen	☐ nein ☐ ja
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	☐ nein ☐ ja
Thrombose oder Lungenembolie	☐ nein ☐ ja

Noch was Wichtiges?

Fertig ausgefüllt?

Vielen Dank. Bitte unterschreiben Sie das Dokument und geben es am Empfang ab.

Datum, Unterschrift