

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte 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"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen Chronische	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen Psychische	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Erkrankungen Krampfleiden/neurolog.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Erkrankungen Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

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 <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Darmspiegelung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

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"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

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?

.....
.....
.....

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.

Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen 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 diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum, Ort _____

Unterschrift: _____