

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT

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

Persönliche Angaben

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Rechnungsempfänger:
Beruf:
Telefon: Handy:
E-Mail:
Familienstand: Kinder:
Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht: Vater Mutter

Lebensführung

Wie groß sind Sie: cm. Wieviel wiegen Sie: kg
Haben Sie in den letzten 6 Monaten zu- oder abgenommen (mehr als 4 kg)?
Nein zu ab kg
Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann: Wie viel Zig/Tag: Nicht mehr seit:
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:
Sport (was, wie oft?)
Wie ernähren Sie sich (Fisch/Fleisch, vegetarisch, vegan etc)?
Leiden Sie unter besonderem Arbeitsstress oder emotionaler Belastung?

Vorerkrankungen / Allergien / Medikamente

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Ja	Nein	Seit wann	Nähere Angaben
Bluthochdruck				
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt				
Herzerkrankungen				
Schlaganfall				
Durchblutungsstörungen der Beine				
Zuckerkrankheit/ Diabetes				
Fettstoffwechselstörungen				
Tumorerkrankungen				
Lebererkrankungen				
Verdauungsprobleme				
Rheumatische Erkrankungen				
Chronische Infektionskrankheiten				
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen				
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)				
Thrombose oder Lungenembolie				
Augenerkrankungen				
Psychische Erkrankungen				
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen				
Operationen/Unfälle				
Sonstiges				

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bitte geben Sie hier auch Nahrungsergänzungsmittel und freiverkäufliche Medikamente an.

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

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Erkrankung	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall		
Durchblutungsstörungen der Beine		
Fettstoffwechselstörungen		
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus		
Tumorerkrankungen		
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen		
Thrombose oder Lungenembolie		

Sonstiges

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

.....
.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Einverständniserklärung

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

Ja Nein

Und noch folgende Bitten:

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin. 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 den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Wir möchten noch besser werden für Sie und sind immer offen für Kritik und freuen uns über Verbesserungsvorschläge.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Datum, Unterschrift