

Liebe Patienten,

wir möchten Ihnen ab dem ersten Arztbesuch eine optimale und sichere Behandlung ermöglichen und bitten Sie daher, diesen Fragebogen zu Ihrer Person und Ihren Angehörigen auszufüllen. Wir danken Ihnen für Ihre Bemühungen und hoffen auf eine baldige Genesung.

Nachname:

Telefonnummer:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Trinken Sie Alkohol? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie viel?

Wenn ja, regelmäßig oder selten?

Leiden Sie an Allergien? Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Wenn ja welche? (Bitte auch freiverkäufliche
Medikamente und Kontrazeptiva angeben)

Haben Sie einen Pflegegrad/

Behinderungsgrad? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welchen?

Wann wurden Sie zuletzt geimpft gegen:

Tetanus ☐ Diphtherie ☐ Keuchhusten ☐ Polio ☐ Lungenentzündung ☐

Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Grippe ☐

Hatten oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? (bitte ankreuzen)

☐ Magenschleimhautentzündung (Gastritis)

☐ Reflux Symptomatik

☐ Grüner Star, Glaukom

☐ Krankheiten der Vorsteherdrüse
(Prostata)

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Krankheiten der weiblichen
Unterleibsorgane

☐ Lungen-, Rippenfellentzündung

☐ Länger dauernde Bronchitis

☐ Asthma, Heuschnupfen

☐ Erkrankungen der weiblichen Brüste

☐ Hoher Blutdruck

☐ Wiederholter Hexenschuss

☐ Schlaganfall, Lähmungen

☐ Wiederholtes Ischiasleiden

☐ Herzinfarkt

☐ Epilepsie

☐ Gicht

☐ Diabetes

☐ Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür

☐ Erhöhte Cholesterinwerte

☐ Gelbsucht, Leberkrankheiten

☐ Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose,
offene Beine

☐ Knochenbrüche

☐ Nervenzusammenbrüche

☐ Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden

☐ Blutarmut, Blutkrankheiten

☐ Nieren-, Nierenbecken oder
Blasenentzündung

☐ Krebs

☐ Hauterkrankungen

Gallen-, Nieren-, Harnleiter- oder

☐ KHK (koronare Herzkrankheit)

☐ Blasensteine

☐ Andere Krankheiten:

Wurden Operationen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche?

Andere Krankenhausaufenthalte (außer Operationen):

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen vorgekommen?
(Zutreffende bitte ankreuzen)

	Mutter:	Vater:	Geschwister:
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störung der Schilddrüse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven-, Psych. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallen-, Nieren-, Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Wie haben Sie uns gefunden?

Gelbe Seiten ☐
Telefonbuch ☐

Empfehlung ☐
Überweisung ☐

Zufällig ☐
Internet ☐

Bitte geben Sie, falls vorhanden, Ihre E-Mail Adresse an:

--

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten ☐
gelesen

(bitte ankreuzen)

Vielen Dank Ihr Praxisteam