

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:

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

Gewicht:

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, regelmäßig oder selten?

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

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)
 Grüner Star, Glaukom
 Schilddrüsenerkrankungen
 Lungen-, Rippenfellentzündung
 Länger dauernde Bronchitis
 Asthma, Heuschnupfen
 Hoher Blutdruck
 Schlaganfall, Lähmungen
 Herzinfarkt
 Gicht
 Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür
 Gelbsucht, Leberkrankheiten
 Knochenbrüche
 Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden

- Reflux Symptomatik
 Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)

 Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane

 Erkrankungen der weiblichen Brüste
 Wiederholter Hexenschuss
 Wiederholtes Ischiasleiden
 Epilepsie
 Diabetes
 Erhöhte Cholesterinwerte
 Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine

 Nervenzusammenbrüche
 Blutarmut, Blutkrankheiten
 Krebs
 Hauterkrankungen
 KHK (koronare Herzkrankheit)

 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:

Fettstoffwechselstörung:

Gicht:

Erhöhter Blutdruck:

Schlaganfall

Störung der Schilddrüse:

Herzerkrankungen:

Krebs:

Übergewicht:

Nerven-, Psych. Erkrankungen

Epilepsie

Tuberkulose (Tbc)

Gallen-, Nieren-, Blasensteine

Sonstige:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Wie haben Sie uns gefunden?

Gelbe Seiten

Empfehlung

Zufällig

Telefonbuch

Überweisung

Internet

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

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten gelesen

(bitte ankreuzen)

Vielen Dank Ihr Praxisteam