



Liebe Patientin, Lieber Patient!

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

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Leiden Sie 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"/>	_____
Zuckererkrankung / Diabetis mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Blutstörungen / Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Krampfleiden /neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Operationen / Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel:			Nicht mehr seit: _____
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel _____
Haben Sie Allergien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Allergie gegen Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, gegen welche _____



Wie groß sind Sie (cm)?

Wie viel wiegen Sie (kg)?

Haben Sie in den letzten 6 Monate stark zu-oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

i Bitte bringen Sie zur nächsten Impfung Ihren Impfpass mit!

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckererkrankungen / Diabetes mellitus Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

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 noch mitteilen möchten?

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Std. vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab oder, falls Sie diesen Zuhause ausgefüllt haben, einfach per E-Mail an info@praxispb.de. Bei Fragen helfen wir gerne weiter.

Datum, Unterschrift