



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie bestmöglich zu behandeln, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Alle Angaben sind freiwillig und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin auch Ihren **Impfausweis** und, wenn vorhanden, wichtige **Vorbefunde** anderer ÄrztInnen oder Krankenhausaufenthalte mit.

Basisdaten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße Nr, PLZ Wohnort	
Telefon-/Handynummer	
Tel-Nr einer Bezugsperson für den Notfall	
E-Mail	
Früherer Haus-/Kinderarzt	

Persönliche Daten:

Familienstand:	Größe:
Leben Sie ☐ allein ☐ mit Angehörigen	Gewicht:
Beruf:	Sind Sie berentet: ☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht mehr	Trinken Sie Alkohol? ☐ > 3x /Woche ☐ nie- gelegentlich ☐ nicht mehr
Treiben Sie Sport: ☐ ja, regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ nein	Haben Sie Sorgen: ☐ nein ☐ ja ☐ ein wenig
Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ nein ☐ ja, und zwar:	Nehmen Sie an einem Chronikerprogramm (DMP) teil?: ☐ nein ☐ Diabetes ☐ Koronare Herzerkrankung ☐ Asthma ☐ COPD
Kommt ein Pflegedienst zu Ihnen? ☐ nein ☐ ja, und zwar:	
Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja, und zwar:	
Besitzen Sie eine Vorsorgevollmacht? Und/oder Patientenverfügung? ☐ ja, und zwar: ☐ nein ☐ nein, aber ich hätte gern eine Beratung hierzu	



Liegen bei Ihnen oder Ihrer Verwandschaft die folgenden Erkrankungen vor?

Erkrankung	Bei mir	Wenn ja, seit wann?	Bei meinen Verwandten
Bluthochdruck	☐		☐
Herzinfarkt/KHK	☐		☐
Andere Herzerkrankung	☐		☐
Asthma bronchiale	☐		☐
COPD/Chron. Bronchitis	☐		☐
Thrombosen	☐		☐
Krampfadern	☐		☐
Hepatitis/Gelbsucht	☐		☐
Nierenerkrankung	☐		☐
Hauterkrankung	☐		☐
Zucker/Diabetes	☐		☐
Gicht	☐		☐
Bluterkrankung	☐		☐
Tumorerkrankung	☐		☐
Schilddrüsenerkrankung	☐		☐
Rheuma	☐		☐
Nervenerkrankung	☐		☐
Schilddrüsenerkrankung	☐		☐
Hohe Blutfettwerte	☐		☐

Wurden Sie schon einmal operiert?

Operation	Wann? (Jahr)	Klinik

Haben Sie ...?	Herzschrittmacher Künstliche Herzklappe Gelenkersatz, welcher _____
----------------	---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Reichen Sie altern. gern Ihren Medikamentenplan ein.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht

Ort, Datum

Unterschrift Patient