



Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## ★ Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes sind uns einige Informationen wichtig. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

### Aktuelle Beschwerden/Grund Ihres Besuches:

---

---

### Sind Sie schon einmal operiert worden?

nein  ja, wann/wo: \_\_\_\_\_

---

### Sind Sie schon einmal im Krankenhaus behandelt worden?

nein  ja, wann/wo: \_\_\_\_\_

---

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja: tragen Sie diese bitte in unseren Medikamentenplan ein

### Rauchen Sie?

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten täglich  
 seit \_\_\_\_\_ Jahren nicht mehr

### Trinken Sie Alkohol?

nie  selten  regelmäßig

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### Sind Ihre Impfungen aktuell?

Bringen Sie Ihren Impfpass mit in die Praxis, wir überprüfen das gerne für Sie.



**Wann hatten Sie Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen?**

Koloskopie: \_\_\_\_\_

Hautkrebsscreening: \_\_\_\_\_

Mammographie: \_\_\_\_\_

Gesundheitsuntersuchung: \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?**

Diabetes mellitus  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Lunge  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Magen  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Darm  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Bauchspeicheldrüse  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Leber  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Nieren  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Geschlechtsorgane  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Schilddrüse  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Bösartige Erkrankungen  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Allergien  nein  ja, wogegen: \_\_\_\_\_

Sonstiges  \_\_\_\_\_

**Was machen Sie beruflich oder was haben Sie beruflich gemacht?**

\_\_\_\_\_