



Frau/Herr _____, geb. _____

Email _____, Telefon: _____

Adresse _____

Krankenkasse _____ 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: _____ Mammographie: _____
Hautkrebsscreening: _____ Gesundheitsuntersuchung: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____ HbA1c: _____
%		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Lunge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Magen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Darm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Leber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Nieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Sonstiges		_____

Was machen Sie beruflich oder was haben Sie beruflich gemacht?
