



Liebe Patientin, lieber Patient !

Herzlich willkommen in unserer Praxis! In unseren Bemühungen, umfassend und gut über und für Sie informiert zu sein, können Sie uns unterstützen. Hierzu bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Die Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt; sie unterliegen der Schweigepflicht. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam

Patientenangaben

Name: Vorname: geb.:
Straße/Nr.: PLZ/Ort:
Tel. Nr.: privat: Mobil:
E-Mail:..... Beruf:.....
Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet Kinder:

Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Asthma / chronische Bronchitis
 - Allergien Hauterkrankungen
 - Unverträglichkeiten von Medikamenten, welche:
 - Bluthochdruck, seit wann niedriger Blutdruck Schlaganfall
 - Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Bypass-Op
 - Diabetes (Zuckerkrankheit), seit wann bekannt? insulinpflichtig?
 - Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht ? Seit wann, wieviel/Tag:
 - Sind Gefäßkrankheiten in der Familie bekannt ? Welche?
 - Magen-Darm-Erkrankungen Leber- Gallenerkrankungen.....
 - Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen Thrombose
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates Rheuma
 - Nierenerkrankungen Augenerkrankungen Glaukom
 - Krebserkrankungen Schilddrüsenerkrankung
 - Nervenerkrankungen, Anfallsleiden, psychische Probleme, Schlafstörungen
 - Infektionskrankheiten Hepatitis HIV
 - Trinken Sie Alkohol ? Wie viel, wie oft:
 - Bisherige Operationen
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche ?.....
.....

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

Arzt Bekannte(r) Internet Praxisschild Sonstiges:.....

Datum: Unterschrift: