



Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Beruf:.....

Telefon:.....Handy:.....

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit
an einer der folgenden Erkrankungen?**

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"/> | |
| Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Niereninsuffizienz, Nierenleiden? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Fettstoffwechselstörungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankungen | 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"/> | |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | 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"/> | |

Rauchen Sie? Nein Ja wenn ja, wie viel?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja wenn ja, welche?

Bitte wenden 

Bitte wenden 

Bitte wenden 



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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Dosis	Einnahmefrequenz	Grund/Besonderheit
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wann war Ihr letzter „Check-Up“?

Wann war Ihre letzte Darmspiegelung?

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

.....

.....

.....

Bitte bringen Sie bei Ihrem nächsten Besuch Ihr Impfbuch mit.

Bitte denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen, um einen Termin zu vereinbaren. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Bei akuten Infekten bitten wir Sie nach wie vor eine FFP2-Maske während Ihres Praxisbesuchs zu tragen, um sich und andere zu schützen. Danke!

Wir bitten Sie, Termine möglichst frühzeitig abzusagen, falls Sie diese nicht einhalten können.

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....
Datum, Unterschrift