



**PATIENTENFRAGEBOGEN**

**Liebe Patientin, lieber Patient, zur optimalen Betreuung in unsere Praxis bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen bei Ihrer Erstvorstellung mit zu bringen. Bitte legen Sie auch Ihren Impfpass sowie ggf. einen aktuellen Medikationsplan und Vorbefunde/ Arztbriefe vor.**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Familienstand	Beruf
Telefon	Mobil
E-Mail	Fax

Größe.....cm Gewicht.....kg

Medikamentenallergien, Welche?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Sonstige Allergien	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
--------------------	-------------------------------	-----------------------------

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Dosis, Uhrzeit)?

<b>Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?</b>	<b>Seit wann, ggf. Ergänzungen</b>	
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Erkrankung der Herzkranzgefäße (KHK), der Herzklappen oder Herzschwäche	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung der Beine (pAVK)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose/Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nierenschwäche	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bluterkrankung/Gerinnungsstörung/Infektionskrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Angststörung)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Migräne)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Operationen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------	-----------------------------

Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ggf. Menge/Tag
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ggf. Menge/Tag
Konsumieren Sie Drogen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Art? Ggf. Menge/Tag

**Sind bei direkt Verwandten folgende Krankheiten bekannt?**

	Bei Wem?	
KHK/ Herzinfarkt/Schlaganfall/	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle/ „plötzlicher Herztod“	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörungen/Thrombose/ Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebs (z.B. Darmkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin.** Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen kurzfristigen Akuttermin. Wir danken für Ihre Mühe.

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

Datum

Unterschrift