



Liebe PatientInnen,

wir möchten Sie herzlich in unserer Hausarztpraxis willkommen heißen. Um Ihnen von Anfang an eine optimale Betreuung zukommen zu lassen, bitten wir Sie, nachfolgenden Fragebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen.
Besprechen Sie offene Fragen ggf. auch mit Ihren Angehörigen. Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben. Wir bedanken uns für Ihre Mühe und das in uns gesetzte Vertrauen.

Persönliche Angaben

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße/Nr: _____ PLZ/Stadt: _____
 Telefon: _____ Krankenkasse: _____
 Mobil: _____

Familienstand: ledig in Beziehung verheiratet geschieden verwitwet

Beruf: _____

Vorsorgevollmacht vorhanden: Ja Nein
 Patientenverfügung vorhanden: Ja Nein
 Kontaktperson in Notfällen (ggf. Angehörige/Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer mit Name und Telefonnummer)

Allgemeine Anamnese

Im Folgenden markieren Sie bitte hinsichtlich Ihrer individuellen Krankenvorgeschichte relevante Diagnosen mittels eines Kreuzes in der Spalte. Sollten Sie entsprechende Erkrankungen (auch) in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern/Geschwister/Kinder) finden, so kreuzen Sie dies bitte in der dritten Spalte an.

| | | | |
|-------------------------------------------|----|------|----------------------|
| Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Wenn ja, welche? | | | |
| Bluthochdruck | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Herzerkrankungen/Infarkte | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Schlaganfall | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Durchblutungsstörungen (PAVK/Stenosen) | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Diabetes mellitus („Zucker“) | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin) | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Tumorerkrankungen (Krebs) | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Chronische Infektionskrankheiten | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Wenn ja, welche? | | | |
| Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Lungenerkrankungen (Asthma/COPD/etc.) | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Lebererkrankungen | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Nierenerkrankungen | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Thrombose/Lungenembolie | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Augenerkrankungen | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Psychische Erkrankungen | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Epilepsie/Krampfleiden | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Operationen | Ja | Nein | Familiäres Vorkommen |
| Wenn ja, welche? | | | |

Sonstiges (ggf. ergänzende Angaben)

Ernährung: Mischkost Vegetarisch Vegan
Sofern bekannt: Größe cm Gewicht kg
Rauchen Sie? Ja Nein
Haben sie mal regelmäßig geraucht? Ja Nein
Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag wie viel Jahre?
Wieviel Alkohol konsumieren Sie? Täglich Wöchentlich Gelegentlich
Art und Menge:
Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein
Haben Sie Drogen konsumiert? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Medikamente

Bitte führen Sie im Folgenden von Ihnen regelmäßig oder auch unregelmäßig eingenommene Medikamente auf. Auch Nahrungsergänzungsmittel oder die Pille sind hier ggf. anzugeben.

| Handelsname oder Wirkstoff (bitte n.M. mit Angabe der „Stärke“) | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|-----------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|--------|
|-----------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|--------|

Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

Kardiologe Orthopäde Nephrologe Endokrinologe
Diabetologe Augenarzt Urologe Gynäkologe
Andere:

Wünschen Sie ggf. Beratung zu individuellen Gesundheitsleistungen?

Ich möchte ausschließlich Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse übernommen werden.

Bitte informieren Sie mich gegebenenfalls über ergänzende Gesundheitsleistungen, auch wenn diese nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden.

Ich möchte regelmäßig zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen eingeladen werden.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Abschließend interessiert uns noch, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind?

Empfehlung Internet Telefonbuch

Sonstiges:

Persönliche Anmerkungen/Wünsche: