



PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name	_____	Größe	_____
Vorname	_____	Gewicht	_____
Geburtsdatum	_____		
Beruf	_____	Handy	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____

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

Seit wann? Nähere Angaben:

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, seit _____	<input type="checkbox"/> Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, seit _____
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen, seit _____	<input type="checkbox"/> Schlaganfall, seit _____
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine, seit _____	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/ Diabetes, seit _____
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung, seit _____	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen, seit _____
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen, seit _____	<input type="checkbox"/> Chronische Infektionskrankheiten, seit _____
<input type="checkbox"/> Blutungsstörungen, Bluterkrankungen, seit _____	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (Asthma, COPD), seit _____
<input type="checkbox"/> Thrombose o. Lungenembolie, seit _____	<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen, seit _____
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen, seit _____	<input type="checkbox"/> Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen, seit _____
<input type="checkbox"/> Operationen/ Unfälle _____	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel _____ Nicht mehr seit _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Gegen Medikamente? Nein Ja Wenn ja, gegen welche? _____

Andere Allergien? _____



Wenn kein Medikamentenplan vorliegt: welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Darmspiegelung

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Herzerkrankungen
 Schlaganfall Durchblutungsstörungen der Beine Zuckerkrankheit/ Diabetes
 Tumorerkrankungen Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Thrombose o. Lungenembolie

Familienstand _____ Kinder _____

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

Sport (was & wie oft?) _____

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

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

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

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der oben genannten Praxis gegebenenfalls telefonisch oder per E-Mail Kontakt mit mir aufnehmen dürfen, unter Verwendung der von mir angegebenen Kontaktdaten.

Untermaubach, den _____ Unterschrift _____