

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis

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

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon / mobil / email			
Staatsangehörigkeit			
Beruf			
Familienstand			
Haben Sie Kinder, Alter?			
Benötigen Sie Hilfsmittel?			
Haben Sie einen Pflegegrad / Schwerbehindertenausweis ?			
Betreuende Angehörige Adresse, Telefonnummer			
Bisheriger Hausarzt			

Körpergröße: _____ [m] Gewicht: _____ [kg]

Gewicht: konstant Zunahme ___ [kg] Abnahme ___ [kg] in welchem Zeitraum? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel / Tag: _____ seit wann: _____ nicht mehr seit: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel, wie häufig: _____ ?

Nehmen Sie andere Drogen, Substanzen ein? _____ ?

Haben Sie Allergien, (bitte auch Medikamente)? _____ ?

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

	nein	ja	nähere Angaben
Herzschwäche			
Herzrhythmusstörungen			
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt			
Bluthochdruck			
Zuckerkrankheit/ Diabetes m			
Schlaganfall			
Fettstoffwechselstörung			
Krebserkrankung			
Leber			
Lunge, z.B. Asthma / COPD			
Chronische Infektionskrankheiten			
Durchblutungsstörungen der Beine			
Thrombosen / Lungenembolie			
Blutungsneigung, -Gerinnungsstörung			
Psychische Erkrankungen			
Nerven-Erkrankungen / Krampfleiden			
Augenerkrankungen			
Operationen / Unfälle			
Sonstiges			

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

	Name des Medikaments	Dosis	Häufigkeit	Erkrankung
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Facharzt-Behandlungen

Sind Sie in fachärztlicher Therapie, wenn ja bei welcher Fachrichtung?

Hatten Sie schon Vorsorgeuntersuchungen?

Art der Vorsorge	Wann?	Ergebnis?
Gesundheitsuntersuchung		
Darmspiegelung		
Hautkrebs-Untersuchung		
Frauenärztliche Untersuchung		
Sonstige		

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?	nein	ja
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Schlaganfall		
Zuckererkrankung / Diabetes mellitus		
Tumor-/ Krebserkrankungen		
Bluterkrankung		
Thrombosen / Blutgerinnselbildungen		
Sonstige		

Wie ist Ihr Impfstatus? Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit.

Gibt es wichtige Aspekte, die Sie uns hier noch mitteilen möchten?

- **Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin**
Zur besseren Planbarkeit des Praxisablaufs und Verkürzung der Wartezeiten helfen uns Terminvergaben erheblich. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.
- Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden zuvor abzusagen, sollten Sie diesen nicht einhalten können.
- **Bitte bringen Sie zur Erstvorstellung wichtige Arztbriefe, medizinische Unterlagen und Ihren Impfausweis mit.**

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung, bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter, Ihr Team der Hausarztpraxis Eidertal.

Datum, Unterschrift