

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine optimale Betreuung, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name, Vorname:

Adresse:
.....

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Kontaktperson im Notfall:

Name:

Telefonnummer:

Sozialamname

Familienstand Kinder

Wie groß sind Sie? cm Wie viel wiegen Sie?

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Dosierung, mg bitte angeben)

- | | |
|----|-----|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

Rauchen Sie?	Wenn ja, wie viel?	nicht mehr seit:
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	Wenn ja, wie viel?	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Wenn ja, welchen?	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,
Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Befinden Sie sich in regelmäßiger Fachärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei/wegen:

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

Seit wann? Nähere Angaben:

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

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Familienamname

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Durchblutungsstörungen der Beine | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Zuckererkrankungen/ Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |
| Thrombose oder Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja – Wer? |

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine z.B Impfungen zur Vorsorge erinnern?

- Nein Ja

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.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Bei chronischen Erkrankungen können Sie Ihre Überweisungswünsche und Folgerezepte gerne über unsere Homepage www.praxis-sachsenheim.de bestellen. Diese sind dann am Folgetag für Sie abholbereit.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und Ihr Vertrauen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Gibt es etwas dass Sie uns noch mitteilen möchten?

.....
.....

.....
Datum, Unterschrift