

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um einen besseren Überblick über Ihre medizinische Vorgeschichte zu bekommen bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Patient/in .....  
 Name ..... Vorname ..... geb. ....

Anschrift .....  
 Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Mobil ..... berufl. Tätigkeit.....

**Rauchen Sie?**  ja /  nein Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Päckchen

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

**Ich fühle mich:**  normal  zu dick  zu dünn

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

**Operationen / Bestrahlung?**  ja /  nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Diabetes        |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="checkbox"/> Reizdarm      | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> Hepatitis     | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> sonstiges       |

**Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?**

- |  |                                    |  |                                       |                                   |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose     | <input type="checkbox"/> Migräne  |

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein  Verhütungsmittel (z.B. Pille)

Welche?

**Was sollten Wir als Ihr Praxisteam noch über Sie wissen :** \_\_\_\_\_

**Möchten Sie über Vorsorgetermine / Impfungen informiert werden?**  ja /  nein

Bitte gewünschten Informationsweg bitte ankreuzen  Telefon  SMS  E-Mail

.....  
 Datum ..... Unterschrift .....