

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....  
 Familienstand.....Kinder.....  
 Telefon .....Mobil .....E-Mail.....  
 Größe .....Gewicht .....Beruf.....

**Haben oder hatten Sie eine dieser Erkrankungen:**

**Seit wann? Nähere Angaben**

Bluthochdruck .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit (KHK) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Schlaganfall .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Durchblutungsstörungen der Beine .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Zuckerkrankheit (Diabetes) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Fettstoffwechselstörungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankungen (Krebserkrankungen) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Chronische Infektionskrankh. (HIV/Hepatitis/Tuberkulose) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Thrombose oder Lungenembolie .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Augenerkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Psychische Erkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Krampfleiden/neurologische Erkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Arthrose .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Osteoporose .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Schilddrüsenerkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Rheuma .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Reizdarm .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankungen .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	.....
Rauchen Sie?.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	wie viele Zigaretten pro Tag: .....
			Ich rauche seit: .....
			Ich rauche nicht mehr seit: .....
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	wie viel pro Tag: .....
Haben Sie Allergien (Pollen)?.....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	welche: .....
Medikamentenunverträglichkeiten? .....	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	welche Medikamente: .....

.....  
 Operationen ..... Nein  Ja  (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): .....

.....  
 Leiden Sie unter Schlafstörungen? .....Nein  Ja  An wie vielen Tagen pro Woche?.....

Treiben Sie Sport? ..... Nein  Ja  Wenn ja, welchen und wie oft?  
 .....

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck     Herzinfarkt     Schlaganfall     Thrombose     COPD  
 Asthma bronchiale     Allergien     Diabetes Mellitus     Krebserkrankungen

Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt? ..... Nein  Ja

Wenn ja, zuletzt in welchem Jahr: .....

Wurde bei Ihnen eine gynäkologische Krebsvorsorge durchgeführt? ..... Nein  Ja

Wenn ja, zuletzt in welchem Jahr:.....

Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge?.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ..... Nein  Ja

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

.....

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

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.

.....  
Datum, Unterschrift

**Einverständniserklärung des Patienten  
zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden- § 73 Abs. 1b SGB**

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffende Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zu Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam