

Liebe Patientin, lieber Patient.

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mitzubringen. Bitte denken Sie auch an Ihren Medikamentenplan, Impf- sowie Allergieausweis.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

mobil: _____

E-Mail: _____

Kontaktpersonen: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Schwerbehinderung: ☐ Ja ☐ Nein

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja, Grad: ____

Bisheriger Hausarzt: _____

Im Hausarztprogramm? ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige behandelnde Ärzte: _____

Allergien: _____

Rauchen: ☐ Nein

☐ Ja, seit wann: _____, wie viele Zigaretten täglich: _____

Alkohol: ☐ Nein

☐ Ja, seit wann: _____, wie häufig: _____

Größe _____

Gewicht: _____

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Schlaganfall | ☐ Sucht |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Herzinfarkt/KHK | ☐ erhöhte Fettwerte | ☐ Lungenerkrankungen |
| ☐ Herzschwäche | ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Operationen |

Wenn „Ja“, welche: _____

Andere, oben nicht aufgeführte Erkrankungen: _____

Medikamente:

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Nehmen Sie am DMP (Disease Management Programm) teil? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“: ☐ KHK ☐ Diabetes ☐ COPD

Vorsorgeuntersuchungen:

Hatten Sie ein Hautkrebsscreening? ☐ Ja, wann/wo? _____ ☐ Nein

Hatten Sie eine Darmspiegelung? ☐ Ja, letztmalig _____ ☐ Nein

Für Patienten über 35 Jahre: Wann war Ihr letzter Check-Up? _____

Für Männer ab dem 65. Lebensjahr: Ultraschall Bauchgefäß? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Schlaganfall | ☐ pAVK der Beine |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Herzinfarkt/KHK | ☐ erhöhte Fettwerte | ☐ Fehlgeburten |
| ☐ Herzschwäche | ☐ Schilddrüsenerkrankungen | |

Hatten Sie bereits ein EKG? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie bereits ein LZ-EKG? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie bereits ein LZ-RR? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Schmerzen in den Waden beim Laufen? ☐ Ja ☐ Nein

Wurden Sie bereits über eine eventuelle Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht aufgeklärt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie diese? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen Organspendeausweis? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten? _____

☐ vegan ☐ vegetarisch ☐ laktosefrei ☐ glutenfrei

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit Ihrer Unterschrift (gegebenenfalls Betreuer).

Ort, Datum: