



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

herzlich willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis. Für eine bestmögliche hausärztliche Betreuung möchten wir Sie möglichst umfassend kennenlernen. Dieser Fragebogen soll uns dabei helfen.

<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<b>Straße / Hausnummer</b>			
<b>PLZ / Wohnort</b>			
<b>Kontaktdaten</b>	Privat		
	Mobil		
	E-Mail		
<b>Angehörige / Betreuer</b>	Name		
	Telefon		
<b>Mitbehandelnde Ärzte</b>		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
<b>Beruf</b>			
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
<b>Kinder</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl:		

**Angaben zu Ihrer Person**

<b>Größe in cm</b>	<b>Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Gewicht in kg</b>	
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Menge pro Tag:
<b>Trinken Sie regelmäßig Alkohol?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
<b>Allergien:</b> Geben Sie diese möglichst genau an.	<input type="checkbox"/> Pollen: <input type="checkbox"/> Tierhaare: <input type="checkbox"/> Medikamente: <input type="checkbox"/> sonstige:

**Wann waren Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen:**

<input type="checkbox"/> Gesundheits-Check up:	<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge:
<input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugendvorsorge:	<input type="checkbox"/> Darmspiegelung:
<input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening:	<input type="checkbox"/>

**Wo wurden Sie bislang hausärztlich betreut?**

\_\_\_\_\_  
(Name u. Anschrift der Praxis)

Ich bin mit der Anforderung meiner medizinischen Unterlagen einverstanden:  Ja  Nein

## Vorerkrankungen

Krankheit		Krankheit	
<b>Bluthochdruck</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Lungenerkrankungen</b> (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Herzinfarkt</b> , wann:	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Magen-Darm-Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Herzrhythmusstörungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Lebererkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja
Blutverdünner:	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Nierenerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Nervenleiden</b> (z.B. Parkinson, MS)	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Erhöhte Blutfette</b> (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Anfallsleiden</b> (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Schlaganfall</b> , wann:	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Gemütsleiden</b> (z.B. Depressionen, Ängste)	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Thrombose</b> , wann:	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Kopfschmerzen / Migräne</b>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Venenleiden</b> (z.B. Krampfadern)	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Wirbelsäulen- / Rückenleiden</b>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Durchblutungsstörungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Gelenkschmerzen / Rheuma</b>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Gicht</b> (erhöhte Harnsäure)	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Hauterkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Schilddrüsenerkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Krebserkrankungen</b> , welche:	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Augenerkrankungen</b> (grauer/grüner Star)	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Infektionskrankheiten</b> , welche:	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:		
<b>Vorangegangene Operationen:</b>			

## Medikamente

Bitte geben Sie Ihre Medikamente – auch freiverkäufliche Präparate, möglichst genau und vollständig an.

Medikament (Name und Dosierung)	Morgens	Mittags	Abends	Nacht

Sie haben die zudem die Möglichkeit einzelne Angehörige oder vertraute Personen zu benennen, denen wir Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Diese Einwilligung kann selbstverständlich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Verhältnis, ggf. Einschränkung des Umfangs der Informationen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters