

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Telefon:..... Handy:.....

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

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck Nein  Ja  .....

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein  Ja  .....

Herzerkrankungen Nein  Ja  .....

Schlaganfall Nein  Ja  .....

Durchblutungsstörungen der Beine Nein  Ja  .....

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein  Ja  .....

Fettstoffwechselstörungen Nein  Ja  .....

Tumorerkrankungen Nein  Ja  .....

Lebererkrankungen Nein  Ja  .....

Chronische Infektionskrankheiten Nein  Ja  .....

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein  Ja  .....

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) Nein  Ja  .....

Thrombose oder Lungenembolie Nein  Ja  .....

Augenerkrankungen Nein  Ja  .....

Psychische Erkrankungen Nein  Ja  .....

Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen Nein  Ja  .....

Operationen/Unfälle Nein  Ja  .....

Sonstiges Nein  Ja  .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: ..... nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wie viel: .....

Haben Sie Allergien? Nein  Ja

- Gegen Medikamente? Nein  Ja

- Wenn ja, gegen welche?.....

- Andere Allergien:.....

Wie groß sind Sie:.....cm Wieviel wiegen Sie:.....

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....  
.....

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Herzkatheter                Nein  Ja   
Darmspiegelung            Nein  Ja

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren **Impfausweis** mit.

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	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"/>
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	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"/>

**Sozialanamnese**

Familienstand..... Kinder.....

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**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.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....  
Datum, Unterschrift