

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen! Um Sie individuell und optimal behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, zu Ihrem ersten Arzttermin den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Impfausweis sowie relevante medizinische Vorbefunde mitzubringen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Bisheriger Haus- oder Kinderarzt: _____

Kontaktdaten:

Telefon Festnetz: _____ Handy: _____

e-mail: _____

Gesundheitsfragen:

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten: _____

Ernährung ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan

Sind oder waren Sie Raucher? ☐ Nein ☐ Ja, _____ Zigaretten / Tag seit _____ Jahren ☐ bis _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja, gelegentlich ☐ Ja, regelmäßig

Treiben Sie Sport? ☐ Nein ☐ Ja, _____ x / Woche folgende Sportarten _____

Eigene Erkrankungen / Operationen:

☐ Bluthochdruck ☐ Thrombose ☐ Nierenerkrankung

☐ Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ Lungenembolie ☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ erhöhte Blutfettwerte ☐ Schlaganfall ☐ Lebererkrankung

☐ KHK / Herzinfarkt ☐ Blutgerinnungsstörung ☐ Rheumatische Erkrankung

- ☐ Durchblutungsstörung / pAVK ☐ Herzrhythmusstörung ☐ Grauer Star (Katarakt)
- ☐ psychische Erkrankung(en): _____
- ☐ Krebserkrankung(en): _____
- ☐ andere: _____
- ☐ Operationen: _____

Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?

- ☐ Kardiologie ☐ Orthopädie ☐ Nephrologie ☐ Urologie ☐ Augenarzt
- ☐ Diabetologie ☐ Gynäkologie ☐ Neurologie ☐ andere _____

Vorsorge:

Haben Sie einen vollständigen Impfschutz? ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt

Wann war Ihre letzte Vorsorge-Untersuchung (Check Up 35 o.ä.)? _____

Wann war Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorge? _____

Wann war Ihre letzte Darmkrebs-Vorsorge (Coloskopie)? _____

Wann war Ihre letzte Prostatakrebs-Vorsorge bzw. gynäkologische Vorsorge? _____

Familiäre Erkrankungen (Verwandtschaftsverhältnis und Alter bei Erkrankungsbeginn angeben):

Herzkrankheit / Herzinfarkt / Schlaganfall _____

Zuckerkrankheit (Diabetes) _____

Krebserkrankung (Welche Art?) _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein?

	Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends
1					
2					
3					
4					
5					

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihre Praxisteams Ärztehaus Schlesienstraße und Praxis Gremmendorfer Weg