



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen so genau wie möglich. Alle Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Straße: _____ **PLZ Ort:** _____

Telefon (privat): _____ **Telefon (Mobil):** _____

E-Mail: _____ **Beruf:** _____

Medikamentenallergie nein ja, welche? _____

Sonstige Allergien nein ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung der Beine (pAVK) | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkr. | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Psych. Erkrankung | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie/Bestrahlung | |

Sonstiges:

Operationen (wenn möglich bitte mit Datum):



Traten bei Eltern oder Geschwistern folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall
 Krebserkrankung Diabetes Psych. Erkrankung Demenz

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? nein ja, welche? „Pille“

Rauchen Sie? nie aufgehört, wann? _____ ja, ca. ____ Zigaretten/Tag seit ____ Jahren

Alkoholkonsum nein gelegentlich täglich, etwa wieviel und was _____

Sport nein ja, durchschnittlich ____ Stunden/Woche

Ernährungsweise Mischkost vegetarisch/vegan Sonstige _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen oder hat der Platz nicht gereicht?

Impfpass: Falls Sie einen Impfpass besitzen, bringen Sie diesen bitte zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen, wenn gewünscht, Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

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

Den Fragenbogen können Sie ausdrucken oder mit einem PDF-Programm (z.B. Adobe Acrobat Reader) ausfüllen und in der Praxis abgeben oder uns zusenden.

Ihr Praxisteam