

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

männlich

weiblich

divers

Straße

PLZ /Ort

Beruf

Telefon

Mobil

Email

Aus welchen Gründen suchen sie unsere Praxis auf?

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck

Nierenerkrankung

Hauterkrankung

Lungenerkrankung

Blutzuckerkrankheit

Leberentzündung

Rheuma

Herzerkrankung

Tumorerkrankung

Fettstoffwechselstörung

Tuberkulose

Anfallsleiden

Magen-Darm-
Erkrankung

Harnsäurestoffwechsel-
störung (Gicht)

Aids

Psychische
Erkrankung

Sonstige:

Haben Sie bekannte Allergien? ja nein

Wenn ja, Allergien gegen

Medikamente:

Sonstige:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Trinken Sie Alkohol? ja nein Wenn ja, wie oft? täglich ab und zu
 Sind Sie Raucher? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? []
 Tragen Sie eine Brille? ja nein Wenn ja, wieviel Dioptrien haben Sie? []

Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche?

Welche der folgenden Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Windpocken Röteln Mumps

Gegen welche der folgenden Krankheiten besitzen Sie einen Impfschutz?

Tetanus Masern Mumps Keuchhusten Pneumokokken
 Diphtherie Hepatitis A Röteln Covid 19 HPV
 Polio Hepatitis B FSME Gürtelrose Pocken

Sonstige:

Welche der folgenden Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Bluthochdruck Fettstoffwechselerkrankung Asthma
 Blutzuckerkrankheit Herzinfarkt Krebs

Sonstige:

Haben Sie eine Behinderung? ja nein Wenn ja, wieviel Prozent? []

Sind Sie pflegebedürftig? ja nein Wenn ja, welchen Pflegegrad haben Sie? []

Sind Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten