



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!
Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____ E-Mail _____

Größe _____ Gewicht _____ Krankenkasse _____

Arbeitgeber _____ Beruf/Tätigkeit _____

Vorheriger Hausarzt _____

Allgemeines

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Wenn ja, durch wen (Name und Tel.)?

Besteht ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher? _____

Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, welcher Grad?

Folgende Erkrankungen sind bekannt:

Herz- /Kreislaufkrankungen ? ja nein

Wenn, welche : _____

Lungenerkrankung ? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Diabetes Mellitus (Typ1/2) ? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ? ja_ nein

Wenn ja, welche : _____

Rheumatische Erkrankung ? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Hauterkrankungen ? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Neurologische Erkrankungen ? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Magen-Darm Erkrankung ? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Leber-/ Gallenkrankheiten ? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Erkrankungen der Niere ? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Erkrankungen der Psyche? ja nein

Wenn ja, welche : _____

Sonstige Erkrankungen ?

Wenn ja, welche : _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten ?

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter unserer Praxis mich über anstehende Untersuchungen, geplante Behandlungen, Aktionen und ärztliche Befunde informieren dürfen. Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Ort, Datum

Unterschrift