

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Stempel

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen. Sind Sie sich bei einer Frage unsicher, dann setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

zzt. ausgeübter Beruf: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Was ist der Anlass Ihres Besuchs in unserer Praxis?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> * Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> * Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (KHK) | <input type="checkbox"/> * Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> * Knochen- und Gelenkerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> * Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> * Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte (z. B. Cholesterin) | <input type="checkbox"/> * Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> * Andere Vorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | |
| <input type="checkbox"/> Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) | |
| <input type="checkbox"/> Migräne | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | |
| <input type="checkbox"/> * Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis / HIV) | |

Bei dieser Kennzeichnung * bitten wir um eine genauere Nennung der Erkrankung.

Nehmen Sie an einem Disease-Management-Programm (Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen) teil?

- Nein Ja, an folgendem Programm für: KHK Asthma COPD Diabetes mellitus

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, ich reagiere allergisch auf: _____
- _____

Haben Sie Nahrungsmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten?

- Nein Ja, ich vertrage Folgendes nicht: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle oder Operationen?

- Nein Ja

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

- Bluthochdruck
 Durchblutungsstörungen
 Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Diabetes mellitus Typ I / Typ II
 Übergewicht / Adipositas
 Demenz / Alzheimer
 Asthma
 Migräne
 * Allergien

- * Infektionskrankheiten
 * Schilddrüsenerkrankungen
 * Krebserkrankungen
 * Psychische Erkrankungen
 * Andere Erkrankungen

Bei dieser Kennzeichnung * bitten wir um eine genauere Nennung der Erkrankung.

- Mir sind **keine** Erkrankungen in meiner blutsverwandten Familie bekannt.

Gehen Sie im Alltag einer sportlichen Aktivität nach (z. B. Spaziergang, Fahrradfahren, Schwimmen)?

- Nein Ja

Wenn ja, welche Sportart betreiben Sie? _____

Wie oft und wie lange? _____

Haben Sie in der letzten Zeit stark zu- oder abgenommen?

- Nein Ja, ich habe _____kg zugenommen. Ja, ich habe ___kg abgenommen.

Rauchen Sie?

- Nein Ja Wenn ja, wie viel pro Tag? _____ Ich rauche nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol?

- Nein, ich trinke nie. Ja, ich trinke gelegentlich. Ja, ich trinke eher regelmäßig.

Haben Sie beruflich oder privat dauerhaften Stress?

- Nein Ja

Welche Medikamente / Naturheilmittel / Hormonpräparate (z. B. auch Antibabypille und Medikamenten-/Hormonpflaster) nehmen Sie zurzeit ein? (Wenn vorhanden, bitte Ihren Medikamentenplan mitbringen.)

Medikament	Häufigkeit
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben Sie einen Impfpass?

- Nein Ja (Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.)

Gibt es Besonderheiten bezüglich Ihrer Gesundheit, die Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Richtigkeit der Angaben und Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift