



Dieser Fragebogen dient dazu, alle wichtigen medizinischen und persönlichen Informationen einzutragen. Wichtig sind auch Informationen über Ihre familiäre und berufliche Situation.

Diese Angaben helfen uns sicherzustellen, dass Sie eine optimale, den persönlichen Bedürfnissen angepasste, Behandlung erhalten. Alle Angaben sind freiwillig.

Patientendaten

Name:	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Vorname:	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Kinder	<input type="checkbox"/> Nein		
Telefon/ Handy:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	1. Kind Jahrgang	<input type="text"/>	
			2. Kind Jahrgang	<input type="text"/>	
E-Mail:	<input type="text"/>	weitere Kinder	<input type="text"/>		
Bisherige Ausbildung(en):	<input type="text"/>	Gesetzlicher Betreuer	<input type="text"/>		
Beruf:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Vorerkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Falls ja, seit wann?

Diabetes melitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Koronare Herzerkrankung (KHK)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Thrombose / Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>	Chron. Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit	<input type="text"/>

Sind bei Ihnen sonstige Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche und seit wann?

Gibt oder gab es in der Familie (Eltern und/oder Geschwister) eine der oben genannten Erkrankungen?

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente

(bitte aktuellen Medikamentenplan abgeben oder Medikamente mit Dosierung hier eintragen)?

Besteht ein Pflegegrad? Nein Ja Pflegegrad

Sind Ihnen Hilfsmittel verordnet worden (z.B. Rollator, Hörgerät)? Wenn ja, welche?

Liegt eine Schwerbehinderung vor? Wenn ja, bitte Angabe des Grades der Behinderung (GdB).

Allergien

Leiden Sie an einer Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, wie äußert sich diese?

Leiden Sie an Allergien oder sonstigen Unverträglichkeiten? Wenn ja, bitte listen Sie diese auf.

Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Allgemeine Angaben

Treiben Sie regelmäßig Sport? Nein Ja Wenn ja, welche Sportart, wie oft?

Sind Sie bei anderen Ärzten in regelmäßiger Behandlung? Nein Ja Wenn ja, bei wem und weswegen?

Gibt es bei Ihnen besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. bestimmte Diäten, vegetarische Ernährung)? Nein Ja

Nehmen Sie an einem Disease management Programm (DMP) teil? Nein Ja Wenn ja, welchem?

Asthma COPD KHK Diabetes

Für Patienten ab 35: Wann war Ihr letzter Check-up?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein Ja, wann

Wann wurden Sie das letzte Mal geimpft (bitte Impfausweis zur nächsten Untersuchung mitbringen)?

Rauchen Sie? Nein Ja, wieviel

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja

Bitte auch geringeren Konsum angeben / Wie häufig im Durchschnitt? Täglich/wöchentlich/seltener als wöchentlich

Sonstige Informationen oder Anregungen:

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen und Termine z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern? Ja Nein

Bitte denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Betreuers

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).