

## Fragebogen für Neupatienten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bisherige\*r Hausarzt\*ärztin: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### Beruf

berufstätig  arbeitslos  Rentner\*in/Pensionär\*in

Student\*in  Schüler\*in  Auszubildende\*r

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std. Schichtdienst?  ja  nein

Tätigkeit vorwiegend...  sitzend  stehend

körperlich  geistig

**Rauchen Sie?**  ja  nein  ehemaliger Raucher\*in, bis \_\_\_\_\_

Beginn Rauchen: \_\_\_\_\_

Anzahl der tgl. Zigaretten: \_\_\_\_\_

**Alkohol:** \_\_\_\_\_ x/Woche

### Sozialanamnese

allein lebend  geschieden  verwitwet  verheiratet  in fester Partnerschaft

Kinder:  ja  nein Falls ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Haustiere?**  ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**  ja  nein

Falls ja, GdB und Merkzeichen angeben: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Pflegegrad?**  ja  nein

Falls ja, Pflegegrad angeben: \_\_\_\_\_

**Nutzen Sie Hilfsmittel wie z. B. Rollstuhl, Rollator?**  ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien/Nahrungsmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten?**

ja  nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**  ja  nein

Falls ja, was und wie viel: \_\_\_\_\_

**Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform (vegan, vegetarisch, halal, low fat, low carb, Paleo usw.)?**  ja  nein

Falls ja, welche Ernährungsform und seit wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind Sie in fachärztlicher Behandlung?** Wenn ja, bei welchen Fachärzten (Name und Fachrichtung)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gab es bei vorherigen Laboruntersuchungen Auffälligkeiten?** (z. B. erhöhte Leber- oder Nierenwerte, Blutarmut, Schilddrüsenwerte, erhöhte Blutfette, Blutzucker, Entzündungswerte etc.) Wenn ja, bitte Laborwerte in Kopie abgeben.

\_\_\_\_\_

## Haben Sie Vorerkrankungen?

	Ja	Nein	Nähere Angaben
Bluthochdruck			
Herzinfarkt/KHK			
Herzrhythmusstörungen			
Andere Herzerkrankungen			
Schlaganfall			
Durchblutungsstörungen			
Thrombose/Embolie			
Diabetes/Zuckerkrankheit			
Schilddrüsenerkrankungen			
Fettstoffwechselstörung			
Gicht			
Rheuma			
Osteoporose			
Lungen-/ Bronchienerkrankungen (COPD, Asthma etc.)			
Nierenerkrankungen (Steine, Schwäche etc.)			
Lebererkrankungen			
Magen- oder Darmkrankheiten			
Krebs-/Tumorerkrankungen			
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen			
Chronische ansteckende Krankheiten/Infektionen			
Psychische Erkrankungen			
Neurologische Erkrankungen			
Augenkrankheiten			
HNO-Krankheiten (Tinnitus, Hörsturz etc.)			
Hautkrankheiten			
Heuschnupfen			
Sonstiges			

**Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator (ICD)?**  ja  nein

**Hatten Sie Operationen?**  Blinddarm  Gallenblase  Mandeln

andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Hatten Sie einen Unfall (auch Arbeitsunfall)?**  ja  nein

Falls ja, nähere Angaben: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente (auch frei verkäufliche) und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell und wie nehmen Sie diese ein? (Auch Verhütungsmittel, Sprays/Inhalatoren, Salben, Augentropfen und Bedarfsmedikamente wie Schmerz-, Allergie- und Schlafmedikamente)**

Medikament + Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

### **Familiäre Belastung**

Sind bei Blutsverwandten (Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern etc.) folgende Erkrankungen bekannt?

- |                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankungen             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Neurodermitis/Allergie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Depression/Nervenleiden       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose/Lungenembolie       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### **Hatten Sie schon einmal eine...**

- |                                 |                             |                               |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Herzkatheteruntersuchung?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Magenspiegelung?              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Darmspiegelung?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Gesundheitsvorsorge/Check Up? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Hautkrebsscreening?           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Bitte bringen Sie Ihr Impfbuch zum nächsten Termin mit!**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Ort, Datum

Unterschrift