

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: _____

Name : _____

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.

Name : _____

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: _____

Name : _____

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