



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Neukirchen begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Vorname, Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Bezugsperson: _____
Versicherung: _____

Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____
vorausgehender Hausarzt: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? In welcher Dosierung?

Haben Sie Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, welche?

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Nervenerkrankung
- ☐ Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Herzschwäche
- ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Magen-/Darmerkrankung
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Gynäkologische Erkrankung
- ☐ Urologische Erkrankung
- ☐ Krebserkrankungen
- ☐ Thrombose
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Zuckererkrankung (*Diabetes mellitus*)
- ☐ psychische Erkrankungen
- ☐ rheumatische Erkrankung
- ☐ andere (*Bitte angeben.*)

Wurden bei Ihnen Operationen bereits durchgeführt? Wenn „Ja“, wann?

- ☐ Gelenkersatz (*Bitte angeben.*)

- ☐ Schilddrüse
- ☐ Blinddarm
- ☐ Gallenblase

- ☐ Tumoroperationen _____
- ☐ Gebärmutter _____
- ☐ Eierstöcke _____
- ☐ Kaiserschnitt _____
- ☐ Mandeln _____
- ☐ andere (Wenn „Ja“, welche?) _____
- _____

Nehmen Sie an einem DMP (*Disease Management Programm*) teil? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, an welchem DMP? ☐ KHK ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes

Wann war Ihr letzter Check-up?

Hatten Sie schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, wann? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, wie häufig und wieviel? _____

Wann war Ihre letzte Impfung? Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit!

Haben Sie eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht? ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift