



## 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:** 0171 90 90 90 90

E-Mail-Adresse:

vorausgehender Hausarzt:

Körpergröße: **180 cm** Gewicht: **75 kg**

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