

Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit wir Sie schnell kennenlernen können und möglichst nichts übersehen oder vergessen wird, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Er dient uns dazu, zunächst ein grobes Bild über die „wichtigsten Fakten“ zu Ihrer Gesundheit zu bekommen. Er soll aber auch Ihnen helfen, nichts Wichtiges zu vergessen.

Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten. Egal ob sie Ihnen wichtig erscheinen oder nicht!

Name

Vorname

Geb. Datum

Beruf

Familienstand

Kinder

Kontaktmöglichkeit / Telefonnummer

Bitte schildern Sie Ihre **jetzigen / aktuellen** Beschwerden:

Welche **anderen Krankheiten** haben Sie?

Zucker (Diabetes).....O	Thrombose.....O	Schlaganfall.....O	Bluthochdruck.....O	Herz.....O
Hepatitis.....O	Leber.....O	Galle.....O	Magen.....O	Schilddrüse.....O
Prostata.....O	Gebärmutter.....O	Brust.....O	Hämorrhoiden.....O	Darm.....O
Nerven.....O	Asthma.....O	Lunge.....O	Blase.....O	Niere.....O
Rheuma.....O	Arthrose.....O	Gelenke.....O	Wirbelsäule.....O	Muskeln.....O
Chemotherapie.....O	Bestrahlung.....O	Tumor.....O	Augen.....O	Haut.....O
andereO				

Welche **Operationen** hatten Sie?

Leber.....O	Galle.....O	Magen.....O	Lunge.....O	Herz.....O
Schilddrüse.....O	Niere.....O	Hämorrhoiden.....O	Blinddarm.....O	Darm.....O
Blase.....O	Auge.....O	Wirbelsäule.....O	Knochenbruch.....O	Gelenke.....O
Prostata.....O	Gebärmutter.....O	Kaiserschnitt.....O	Ausschabung.....O	
andere.....O				

Bitte wenden!

Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit?

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt?

Medikamente _____

Nahrungsmittel _____

Pollen _____

andere _____

Neigen Sie zu **Verstopfung**?.....O ja O nein

Neigen Sie zu **Durchfall**?.....O ja O nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? O ja O nein O vielleicht

Körpergewicht: _____ kg , Körpergröße _____ cm

Gewichtsverlust: _____ kg seit _____

Gewichtszunahme: _____ kg seit _____

Rauchen Sie?O nein O ja -Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie viel **Alkohol** trinken Sie? _____

Welche **Impfungen** haben Sie? (Impfpass – Vorsorgeheft – Bringen Sie es mit!)

Gibt es **in der Familie** (Geschwister, Eltern, Großeltern) wichtige **Vorerkrankungen** (Tumor, Herzleiden / Schlaganfall, Diabetes (Zucker) o.ä.) ?

Sonstiges / Was Ihnen noch **wichtig** ist:
