

Liebe Patientin, lieber Patient!



Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf (freiwillige Angabe):

Telefon: Handy:

E-Mail/Fax/Webseite:

Leiden oder litten **Sie** in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann?

- | | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit / Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Operationen/ Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Wahrnehmung einer Psychotherapie? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Ergänzung/Erläuterung

Rauchen Sie? Nein Ja seit Zig/d:

Früher geraucht von-bis oder wieviele Jahre (in etwa): wieviel Zig/d:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

• Gegen Medikamente? Nein Ja

• Ergänzung

Wie groß sind Sie? (cm) Wieviel wiegen Sie? (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Mein aktueller/ehemaliger Hausarzt ist/war im Ort:

Wurden bei **Ihnen** bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Mammographie Nein Ja

Hautkrebsscreening innerhalb der letzten 2 Jahre Nein Ja bei

Check-up Untersuchung innerhalb der letzten 3 Jahre Nein Ja

Sind in Ihrer **Familie** folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Gerinnungsstörungen Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Nierenerkrankungen Nein Ja

Rheuma Nein Ja

Ergänzung:

.....

Sport (was & wie oft?)

Familienstand (freiwillige Angabe):

Kinder (freiwillige Angabe):
Alleiniges Sorgerecht Vater Mutter
Gemeinsames Sorgerecht

Liegt bei Ihnen selbst eine Betreuung vor? Nein Ja

Wenn ja, wer ist der zuständige Ansprechpartner (und Tel.Nr.)?

Nehmen Sie an einem Chronikerprogramm teil
(Asthma, COPD, Diabetes, Koronare Herzerkrankung)? Nein Ja

Haben Sie eine Patientenverfügung? Nein Ja

Haben Sie eine Gesundheitsvollmacht? Nein Ja

Liegt bei Ihnen ein GdB vor und wenn ja, wieviel %: Nein Ja %

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor und wenn ja, welcher: Nein Ja

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

.....
.....
.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.



Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Wir bieten eine Infektions- und notfallsprechstunde an!

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können (telefonisch, auch auf Mailbox »Nora« oder via E-Mail).

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bad Lauterberg, den _____ Unterschrift: _____