



Patientenfragebogen

Basisdaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon (am besten Handy)	
E-Mail	
Früherer Hausarzt (Name, Ort, Telefon)	
Größe	
Gewicht	

Allgemeine Fragen zur Gesundheit (Ja/Nein)

Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Impfausweis? Wenn ja, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir beraten Sie gern.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Vorsorgeuntersuchungen (Checkup, Krebsvorsorge) durchgeführt? Wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie berufliche oder private Sorgen und Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen (ja/nein)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alkohol (ja/nein)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

RÜCKSEITE BEACHTEN!!!

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen? (Ja/Nein)

Hoher Blutdruck, Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krampfadern, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gelbsucht, Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Harnsäureerhöhung (Gicht)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung, Blutarmut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumorleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Erkrankungen der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Infektiöse Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten? (Ja/Nein)

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fettstoffwechselstörungen/Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum und Unterschrift: