

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Ehemaliger Hausarzt:

Welche Sprachen sprechen Sie?.....

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

	Seit wann?	Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche?
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>

Thrombose oder Lungenembolie	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Augenerkrankungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Operationen/Unfälle (Jahr)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

.....

.....

Kennen Sie Ihre Blutgruppe? Nein Ja Welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien:

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?

.....

.....

.....

.....

.....

Stephanie Warnecke
FÄ für Allgemeinmedizin
Bahnhofstraße. 4
09599 Freiberg
Tel.: 03731 / 22057
Fax: 03731 / 206236

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

- | | | | | | |
|------------------------------------|------|-----------------------|----|-----------------------|-----------------|
| Herzkatheter | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Wann? |
| Magenspiegelung | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Wann? |
| Darmspiegelung | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Wann? |
| Untersuchung der Bauchaorta | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Wann? |
| Letzter Gesundheitscheck | | | Ja | <input type="radio"/> | Wann? |
| Letztes Hautkrebsscreening | | | Ja | <input type="radio"/> | Wann? |
| Regelmäßige gynäk./urol. Kontrolle | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Wer/Arzt? |

Weitere mitbehandelnde Ärzte:

Name/Grund der Behandlung:

.....

.....

Impfanamnese

Covid-Impfung Nein Ja Wann?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? Wenn ja, wer und was?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|------|-----------------------|----|-----------------------|-------|
| Bluthochdruck | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Herzerkrankungen | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Schlaganfall | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Zuckererkrankung/Diabetes mellitus | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Thrombose oder Lungenembolie | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |
| Demenz | Nein | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | |

Stephanie Warnecke
FÄ für Allgemeinmedizin
Bahnhofstraße. 4
09599 Freiberg
Tel.: 03731 / 22057
Fax: 03731 / 206236

Sozialanamnese

Familienstand Kinder

Sport (was, wie oft?)

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

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

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein Ja

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.
Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Ich habe die Datenschutzerklärung, welche in der Praxis ausliegt, gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift

Termine die nicht wahrgenommen werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Wir behalten uns vor für nicht rechtzeitig abgesagte Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.*

*bei einem nachweislich unverschuldetem Fernbleiben wird kein Ausfallhonorar erhoben