



IHRE PERSONALIEN

Namen	Familienstand	Vorname	Geb. am
Kinder		Tätigkeit	Nationalität
Privatanschrift:	PLZ, Wohnort	Straße	Telefon

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns!

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt?

Dr., Name	in (Ort)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

---Arzt ---Familie ---Bekannte(r) ---Telefonbuch ---Zeitung ---Internet ---Praxisschild ---Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Haben Sie Interesse an dem Hausarztprogramm? ja / nein

Information in der Praxis

Körperfunktionen

Körpergröße _____cm Körpergewicht _____kg Raucher----- nein ja

Ist Ihr

Stuhlgang normal?----- nein ja Appetit gut?----- nein ja

Wasserlassen normal?---- nein ja Durst normal?----- nein ja

Schlaf gut?----- nein ja

Haben Sie

Wasser in den Beinen?--- nein ja Nächtlicher Harndrang?- nein ja

Eigene Erkrankungen

Schwere Unfälle----- <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gesundheitliche Folgen	wann, Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Operationen----- <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	welche	wann, Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berufskrankheiten----- <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	welche	wann, Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schwerbehinderung----- <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	welche	wann, Datum
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonstige-----



Eigene Vorerkrankungen

			(seit) wann	welche
1. der Augen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
2. der Ohren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
3. der Lunge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
4. Herz / Kreislauf / Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
5. Magen / Darm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
6. Leber- und Gallenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
7. Stoffwechsel (z.B. Zucker)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
8. Nieren- und Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
9. Nerven- und Gemütskrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
10. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
11. Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
12. Haut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
13. Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
14. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
15. Bewegungsapparat / Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
16. schwere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
17. Heilverfahren / Kuren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
18. Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

Ergänzungen

Besteht ständige ärztliche Behandlung? nein ja warum

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? nein ja welche

Wurden folgende Untersuchungen durchgeführt?

Magenspiegelung nein ja

Darmspiegelung nein ja

Herzkatheter nein ja

Check- up 35 nein ja

Hautkrebs-Screening nein ja

Aktuelle Beschwerden

Bestehen derzeit Beschwerden? nein ja

Welche?

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 diese nicht einhalten können.

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

Wichtig! Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis und relevante Unterlagen (z.B. Krankenhausberichte etc.) zur Untersuchung mit!

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten

Vielen Dank für Ihre Mühe!