



### IHRE PERSONALIEN

Name	Vorname	Familienstand	Geburtsdag
Kinder		Tätigkeit/Beruf	Nationalität
Straße		PLZ, Wohnort	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)
-----------	----------

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