



Patientenfragebogen:

Um einen Überblick über Ihre Gesundheit und Ihr „medizinisches Vorleben“ zu bekommen haben wir diesen Fragebogen entwickelt. Er soll Ihnen dazu dienen, in Ruhe alle wichtigen Details auf zu listen, damit wir **Ihnen** mehr Zeit beim ersten Gespräche widmen können und trotzdem umfassend informiert sind.

Bitte beantworten Sie alle Fragen soweit es Ihnen möglich ist.

Name: _____, Vorname: _____, geboren: _____

Strasse: _____, Ort: _____

Telefon: priv.: _____ dienstl.: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Bisheriger Hausarzt: _____ beihilfeberechtigt ja nein

EIGENE VORERKRANKUNGEN

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Operationen:	Datum:
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Hohe Blutfette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Krankenhausaufenthalte:	Datum:
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien:	_____
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____	_____
Sonstige Erkrankung:	_____			
_____	_____			
_____	Größe: _____ Gewicht _____			

FAMILIENVORGESCHICHTE

Kommen bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern Erkrankungen folgender Bereiche vor:

<input type="checkbox"/> Herz _____	<input type="checkbox"/> Muskeln _____
<input type="checkbox"/> Lunge _____	<input type="checkbox"/> Schlaganfall _____
<input type="checkbox"/> Leber _____	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen _____
<input type="checkbox"/> Blut _____	<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen _____
<input type="checkbox"/> Blutgerinnung _____	<input type="checkbox"/> Zucker _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus





Ich nehme **dauerhaft** folgende Medikamente ein:

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ich nehme **unregelmäßig** folgende Medikamente ein:

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Welchen **Pflegegrad** haben Sie?

keinen Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Besitzen Sie einen **Behindertenausweis**?

ja nein Grad der Behinderung (GdB): _____%

Welche **Merkzeichen** sind auf dem Behindertenausweis angegeben?

aG Bl H

Ich möchte alle zwei Jahre an meine Vorsorgeuntersuchung erinnert werden ja nein

Ich möchte an Impfungen erinnert werden ja nein

Um Ihre Gesundheit gut zu überwachen, bieten wir Ihnen sowohl in Verbindung mit den Krankenkassen als auch außerhalb der Kassenleistung ein erweitertes breites Angebot an Vorsorgemaßnahmen an. Bitte entnehmen Sie unser Angebot aus dem bereitliegenden Flyer.

Bemerkung / Erläuterung

Ort, Datum

Unterschrift