



Praxis Dr. Schindele / Dalkowski
 Holzbachweg 4
 71549 Auenwald
 Fachärzte für Innere Medizin

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.
 Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name, Vorname:
 Geburtsdatum: Nationalität:
 Beruf: Arbeitgeber:
 Telefon: Handy:
 Email:

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

	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Gelbsucht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronisch venöse Insuffizienz, Krampfadern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Rückenbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden / neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen / Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. Gicht, Prostataerkrankungen)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
		
		

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:
 Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab
 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wenn ja, welche?

Medikament	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Hinweise

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja
Darmspiegelung Nein Ja

Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsuntersuchung durchgeführt?

Wann wurde bei Ihnen das letzte Hautkrebscreening durchgeführt?

Sind Sie Teilnehmer am Hausarztprogramm? Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja
Herzerkrankungen Nein Ja
Schlaganfall Nein Ja
Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus Nein Ja
Tumorerkrankungen Nein Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja
Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:

Nächster Angehöriger:

Im Notfall zu benachrichtigen:

Gibt es eine Patientenverfügung und/oder Vollmacht? Nein Ja

Treiben Sie 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.

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Praxis Dr. Schindele / Dalkowski
Holzbachweg 4
71549 Auenwald

info@hausarzt-auenwald.de
Tel: 07191 53181
Fax: 07191 56983