Fragebogen für Neupatienten

Praxis am Kapellplatz

Dr. C. Wörösch-Koll, Dr. H. Lang, Dr. R. Jais

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie sind neu in unserer Praxis und wir wollen sie natürlich bestmöglich behandeln. Hierfür benötigen wir Informationen über ihre Krankengeschichte. Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

O Diabetes O Schilddrüsenerkrankung O Bluthochdruck O KHK/koronare Herzkrankheit

O Herzschwäche O Lungenerkrankung O Schlaganfall O erhöhte Blutfette

O Krebserkrankungen O Thrombose/Embolie O psychische Erkrankungen

Wurden Operationen durchgeführt? O ja O nein

Wenn ja, welche Operation und wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere, nicht aufgeführte Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil? O ja O nein

Wenn ja, an welchem: O KHK O Asthma O COPD O Diabetes

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? Bitte Angabe des Präparats und der Dosis!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medikament | morgens | mittags | abends |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Wichtig!!**

Haben sie bekannte Allergien gegen Medikamente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere Allergien? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_cm Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_kg

Wann wurden Sie zuletzt geimpft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfausweis? (auch altes/ausländisches Dokument zählt!) O ja O nein

Bringen Sie ihren Impfausweis bitte zum nächsten Termin mit! Wir überprüfen Ihren Impfstatus!

Wann war ihr letzter Check-Up? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten sie schon eine Darmspiegelung? O Ja, wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O nein

Haben Sie bereits ein Hautkrebsscreening durchführen lassen? O Ja, wann: \_\_\_\_\_\_\_\_ O nein

Rauchen sie? O ja O nein Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alkohol: O ja O nein Wenn ja, wieviel und wie häufig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für Frauen: Nehmen Sie Vorsorgeuntersuchungen bei Frauenarzt/Frauenärztin wahr?

O ja O nein

Für Männer (ab 45Jahren): Haben Sie bereits eine Männerkrebsvorsorge durchführen lassen? O ja O nein

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

O Herzinfarkt/Bypass/Stent O Diabetes O Bluthochdruck O Krebserkrankung

O Schlaganfall O Durchblutungsstörung der Beine

Andere Krankheit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? O Ja O Nein Wenn ja, Sportart(en): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine Patientenverfügung erstellt? O ja O nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis am Kapellplatz, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen und zu speichern.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift