



Name..... **Geburtsdatum**.....

Liebe Patientin, lieber Patient!

Damit ich Sie besser beraten und betreuen kann, bitte ich Sie, den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und ihn mir, vor Ihrem ersten Termin, zukommen zu lassen. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Anschrift:
.....
.....

Krankenkasse:
.....

Telefon:

Fax:

Mobil:

Beruflich:

E-Mail:

Rechnungsanschrift (falls abweichend):
.....
.....
.....

Bitte berücksichtigen Sie, dass ich es mir Vorbehalt, Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine (idealerweise 24 Stunden vorher) ggf. in Rechnung zu stellen.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen
an die folgenden Angehörigen
weitergegeben werden, nachdem deren
Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name:

.....

Name:

.....

Soziale Daten

Beruf:

.....

.....

**Leben Sie allein oder in einer
Beziehung?**

.....

Haben Sie Kinder? ja nein

.....

Weitere behandelnde Ärzte

Dr.

Dr.

MEDIZINISCHE DATEN

**bereits bekannte chronische
(Dauer-) Diagnosen**

z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie,

KHK usw.

.....

.....

.....

Vorerkrankungen

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte genaue Angaben, z. B. seit wann die Erkrankung besteht.

Angina pectoris / Koronare

Herzkrankheit ja nein

.....
.....
.....

Thrombose

ja nein

Herzinfarkt

ja nein

.....
.....
.....

Herzrhythmusstörungen

ja nein

.....
.....

Durchblutungsstörungen im Kopf,

z. B. Schlaganfall

ja nein

.....
.....

Durchblutungsstörungen in den Beinen,

z. B. Schaufensterkrankheit (pAVK)

ja nein

.....
.....

Bluthochdruck

ja nein

.....
.....

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

ja nein

.....
.....

Erhöhte Blutfette

ja nein

.....

Gicht (Erhöhte Harnsäure im

Blut) ja nein

.....
.....

**Lungenerkrankung, z. B. Chronische
Bronchitis, Asthma bronchiale**

ja nein

.....
.....

Magen-Beschwerden

z. B. Sodbrennen,

Geschwüre ja nein

.....
.....

Darmbeschwerden

(ggf. Extra-Fragebogen

Darm!) ja nein

.....
.....

Gallenblasenerkrankungen

ja nein

.....
.....

Lebererkrankungen

ja nein

.....
.....

Hepatitis (Gelbsucht)

ja Typ A Typ B Typ C

nein

.....
.....

Schilddrüsenerkrankungen

ja nein

.....
.....

Gelenk- oder Rheumaerkrankungen

ja nein

.....
.....

**Bösartige Erkrankungen / Krebs / Tumore
z. B. Brust, Lunge, Darm, Prostata,
Nieren, Pankreas u. a. Organe**

ja nein

.....
.....

Nervenkrankheiten

z. B. Parkinson,

Polyneuropathie ja nein

.....
.....

Psychische Erkrankungen z. B.

Depression, Angststörung

ja nein

.....
.....

Hauterkrankungen

ja nein

.....
.....

Tuberkulose

ja nein

.....
.....

HIV / AIDS

ja nein

.....
.....

Heuschnupfen

ja nein

.....
.....

Jodallergie

ja nein

.....
.....

Medikamenten-

Allergie ja nein

.....
.....

Röntgenkontrastmittel-

Allergie ja nein

.....
.....

Andere Allergien

ja nein

.....
.....
.....

Sonstige Erkrankungen

ja nein

.....
.....

Operationen

ja nein

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte
genaue Angaben, z.B. wann welcher
Eingriff vorgenommen wurde.

.....
.....
.....
.....
.....

Medikamente

Wenn zutreffend, ergänzen
Sie bitte genaue Angaben, z. B.
wie hoch die Dosierung ist.
ASS

ja nein

.....
.....
.....

Marcumar

ja nein

.....
.....

Sonstige Blutverdünner

ja nein

.....
.....

Weitere Medikamente

ja nein

.....
.....
.....
.....

Sonstiges

Wenn zutreffend, ergänzen
Sie bitte um genaue Angaben.
Rauchen Sie?
 ja nein

.....

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

.....

**Waren Sie vor kurzem im
Ausland? ja nein**

.....
.....

**Ist Ihnen Ihr Impfstatus
bekannt? ja nein**

.....
.....

**Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen?
(z. B. Darm, Frauenarzt, Urologe, Haut)**

ja nein

.....
.....

**Hat sich Ihr Gewicht zuletzt
verändert? ja nein**

.....
.....

Wie groß sind Sie?

.....

Wie schwer sind Sie?

.....

Familienanamnese

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte um genaue Angaben, z. B. wer in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder) betroffen ist bzw. war.

Tumorerkrankungen

ja nein nicht bekannt

.....

.....

.....

Diabetes (Zuckerkrankheit)

ja nein nicht bekannt

.....

.....

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall)

ja nein nicht bekannt

.....

.....

.....

Sonstige Erkrankungen

ja nein nicht bekannt

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben:

Datum.....Unterschrift.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!