

Patientenfragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Email-Adresse: _____

Früherer Hausarzt (nur bei Wechsel): _____

Familienstand: _____

Kinder (Geschlecht, Geburtsjahr): _____

Beruf: _____

Sport (welchen/wie oft): _____

Behinderung (GdB): _____ häusliche Belastung: _____

Nikotin: Nein Ja, wieviel _____

Bei Frauen Behandelnde(r) Gynäkologe(in): _____

Welche Erkrankungen liegen in der **Familie** vor? (bitte ankreuzen)

Hypertonie/ Bluthochdruck

Diabetes mellitus

Fettstoffwechslerkrankungen

Apoplexie/ Schlaganfall

KHK/ Herzerkrankung

Krebserkrankungen, welche: _____

Welche der folgenden Erkrankungen liegen bei **Ihnen** vor? (bitte ankreuzen)

Hypertonie/ Bluthochdruck

Diabetes mellitus

Apoplexie/ Schlaganfall

KHK/ Herzerkrankungen

Herzschrittmacher vorhanden

Rheuma/Gelenkerkrankung

Krebserkrankungen, welche: _____

Wurden Sie schon operiert?

OP: _____ Jahr _____

OP: _____ Jahr _____

OP: _____ Jahr _____

OP: _____ Jahr _____

Sind bei Ihnen Allergie/ Unverträglichkeiten bekannt? Nein Ja, welche

Sind Sie geimpft/ wann war die letzte Impfung?

Tetanus/Diphtherie/Polio/Pertussis _____ Jahr

FSME/Zecken _____ Jahr

Hepatitis A _____ Jahr

Hepatitis B _____ Jahr

Grippeimpfung erwünscht Ja Nein

HINWEIS: Bringen Sie bitte beim nächsten Mal Ihren Impfpass mit.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament mit mg-Angabe z.B. Ramipril 5 mg	Morgens	Mittag	Abends

Vielen Dank für Ihre Bemühungen