

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientinnen und Patienten

Herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich für uns entschieden haben. Um Sie besser kennenzulernen und optimal betreuen zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Sollten Sie Fragen dazu haben, oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an unser Praxispersonal.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Name			Vorname			Geburtsdatum		
Straße				PLZ, Ort				
Telefon Festnetz				Telefon Mobil				
Größe:		<input type="text"/>		Gewicht:		<input type="text"/>		

Allgemeine Angaben

Besteht derzeit eine Schwangerschaft
Treiben Sie regelmäßig Sport
Trinken Sie regelmäßig Alkohol
Rauchen Sie
nehmen Sie Drogen

ja	nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bitte Medikationsplan mitbringen)

welche und wann:

Hausarztpraxis im Nürbanum

Dres. med. Martina Bieringer & Katrin Schwaiger

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- Kreislauferkrankungen

 ja nein

- Herzschwäche/Herzinsuffizienz /seit wann:
- Herzinfarkt oder Stent/wann :
- Vorhofflimmern/ Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher oder Defibrillator vorhanden
- sonstige:

Diabetes mellitus (Zucker)

 ja nein

- Diabetes mell. Typ 1
- Diabetes mell. Typ 2 insulinpflichtig

Stoffwechselerkrankung

 ja nein

- Cholesterinerhöhung
- erhöhte Harnsäure (Gicht)

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten

 ja nein

- auf Antibiotika/welche:
- auf Schmerzmedikamente/welche:
- andere Medikamente/welche:
- sonstige Allergien :
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten : zB Laktose/ welche:

Thrombose/Lungenembolie

 ja nein

wann u. wo:

Hauterkrankungen

 ja nein

- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- sonstige :

orthopädische Erkrankungen

 ja nein

- Skoliose
- Bandscheibenvorfall wo/ wann:
- Chronische Schmerzen wo:
- sonstige :

Erkrankung des Nervensystems

 ja nein

- chronische Kopfschmerzen/ Migräne
- Schlaganfall /wann:
- Morbus Parkinson
- Polyneuropathie/ wo?
- sonstige:

Hausarztpraxis im Nürbanum

Dres. med. Martina Bieringer & Katrin Schwaiger

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Schilddrüsenerkrankung ja nein

<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

nehmen Sie dauerhaft Schilddrüsenmedikamente

Lungenerkrankung ja nein

Asthma bronchiale COPD

sonstige:

Immunologische Erkrankungen ja nein

Rheuma

sonstige/welche:

Magen-Darm Erkrankung

Sodbrennen

chronische Magenschleimhautentzündung/ Magenschmerzen

Chronische Darmentzündung (Colitis ulcerosa/Morbus Crohn)

Polypen im Dickdarm / letzte Darmspiegelung wann?

sonstige

Leber-/Nieren Erkrankung ja nein

erhöhte Leberwerte erhöhte Nierenwerte

sonstige/welche:

Erkrankung der Psyche ja nein

welche:

Sonstiges:

Krebserkrankung (auch ausgeheilt) /welche, wann: _____

Infektionskrankheiten: _____
z.B. Hepatitis, HIV, TBC, etc.

Operationen wann/ welche?

Und zu guter Letzt, wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Internet Empfehlung Telefonbuch

im Vorbeigehen

Vielen herzlichen Dank