

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

PATIENT

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Beruf (erlernt): _____

Beruf (derzeit ausgeübt): _____

Familienstand: _____

Kinder: ja nein

Angaben des Versicherungsnehmers:

Vorname/Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung gesetzlich

privat Basistarif

Name der Versicherung: _____

beihilfeberechtigt ja nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig.
 Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen.
 Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht.
 Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam

Wenn Sie mit ja antworten,
 bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen ja nein

1. Große/wichtige Operationen ja nein

(ungefähr wann/welche?) _____

2. Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene/
 Lebensmittel/Medikamente) bekannt? ja nein

Lebensmittel/Medikamente) bekannt?

Wenn ja, welche? _____

3. Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin ja nein

(Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)

4. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

5. Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen? ja nein

6. Welche Medikamente nehmen Sie
 regelmäßig ein?

Medikament/Wirkstoffstärke Wann Einnahme und wie oft?
 (z.B. 10mg)

7. Körpergröße: _____ cm

8. Gewicht: _____ kg

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- 9. Bluthochdruck
- 10. Herzerkrankungen
 - 10.1 Herzinfarkt
 - 10.2 KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)
 - 10.3 Herzrhythmusstörungen
 - 10.4 andere _____
- 11. Schlaganfall
- 12. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- 13. Chronische Atemwegserkrankungen
 - 13.1 Asthma bronchiale
 - 13.2 COPD
 - 13.3 andere _____
- 14. Nierenerkrankungen
- 15. Gicht
- 16. Rheuma
- 17. Osteoporose

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- 18. Schilddrüsenerkrankungen
- 19. Migräne / Clusterkopfschmerz
- 20. Psychische Erkrankungen
 - 20.1 Depressionen
 - 20.2 andere _____
- 21. Anfallsleiden (Epilepsie)
- 22. Schlaf-Apnoe-Syndrom
- 23. Tumorleiden (Krebs)
- 24. Thrombosen / Blutgerinnungsstörungen
- 25. Infektionskrankheiten
 - 25.1 HIV
 - 25.2 Hepatitis
 - 25.3 Tbc (Tuberkulose)
 - 25.4 andere _____
- 26. andere Erkrankungen, welche? _____
- _____
- _____
- _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung von _____
- Internet/Homepage
- Telefonbuch/Das Örtliche
- Gelbe Seiten
- sonstiges: _____
- _____

Datum _____

Unterschrift _____