

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

(ehemaliger) Beruf(e): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Leben Sie alleine? Nein  ... Ja

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein  zu  ab

Haben Sie eine Patientenverfügung? Nein  ... Ja

Falls ja wo ist sie zu finden? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Nein  ... Ja

Falls ja, wer? (Kontakt Daten): \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck ..... Nein  ... Ja

Herzinfarkt ..... Nein  ... Ja

Herzerkrankungen..... Nein  ... Ja

Schlaganfall..... Nein  ... Ja

Tumorerkrankungen..... Nein  ... Ja

Lebererkrankungen..... Nein  ... Ja

Durchblutungsstörungen der Beine..... Nein  ... Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes..... Nein  ... Ja

Fettstoffwechselstörungen..... Nein  ... Ja

Chronische Infektionskrankheiten..... Nein  ... Ja

Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen..... Nein  ... Ja

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)..... Nein  ... Ja

Thrombose oder Lungenembolie..... Nein  ... Ja

Augenerkrankungen..... Nein  ... Ja

Psychische Erkrankungen/Depression..... Nein  ... Ja

Neurologische Erkrankungen/Epilepsie..... Nein  ... Ja

Operationen/Unfälle..... Nein  ... Ja

Welche, Jahr? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein  ... Ja  Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein  ... Ja

Treiben sie Sport (was, wie oft?) \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Nein  ... Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Herzkatheter..... Nein  ... Ja

Darmspiegelung/Magenspiegelung..... Nein  ... Ja

**Sind in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister) folgende Krankheiten bekannt?**

Bluthochdruck..... Nein  ... Ja

Herzerkrankungen..... Nein  ... Ja

Schlaganfall..... Nein  ... Ja

Durchblutungsstörungen der Beine ..... Nein  ... Ja

Zuckererkrankung/Diabetes mellitus ..... Nein  ... Ja

Tumorerkrankungen ..... Nein  ... Ja

Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen..... Nein  ... Ja

Thrombose oder Lungenembolie..... Nein  ... Ja

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

---

---

Dürfen wir Sie an Untersuchungen oder Termine, z. B. Impfungen und Vorsorge erinnern?  
(Selbstverständlich können Sie diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen.)

Nein  ... Ja

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.**

Denken Sie bitte bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Bitte geben Sie den Fragebogen an der Anmeldung ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....  
Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten