

Name; Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen vor Ihrem Erstbesuch in unserer Praxis
aus und geben ihn an uns weiter.

Telefon-Festnetz: _____ Telefon-Mobil: _____

E-Mail: _____

Welche Ärzte/Krankenhäuser sollen über Ihre Untersuchung informiert werden:

Haben Sie einen guten Appetit? Ja Nein

Wie viel wiegen Sie? _____ kg

Wie groß sind Sie? _____ cm

Hatten Sie einen Gewichtsverlust? Ja Nein

Wenn ja, wie viel in welcher Zeit? _____ kg in _____ Monaten

Beschwerden oder Veränderungen beim Stuhlgang? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Hautveränderungen oder Hautjucken? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? Ja Nein

Wenn nein. Haben Sie früher geraucht? Bis wann? Wie lange? Wie viel?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel?

Ja

Nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Hatten Sie in der letzten Zeit Fieber?

Ja

Nein

Hatten Sie in der letzten Zeit Nachtschweiß (Pyjamawechsel)?

Ja

Nein

Haben Sie Schlafstörungen?

Ja

Nein

Hatten Sie eine Impfung gegen COVID-19?

Ja

Nein

Falls Ja, wann (bitte Datum) und wo

und mit welchem Impfstoff?

Hatten Sie eine Auffrischimpfung(Booster) gegen Covid-19?

Ja

Nein

Falls ja, wann (bitte Datum) und wo

Vorerkrankungen

	Ja	Nein	Bemerkung
Bluthochdruck			
Herzkranzgefäßerkrankung			
Herzinfarkt			
Thrombose o. Lungenembolie			
Blutung			
Diabetes/Blutzucker			
Nierenerkrankung			
Lebererkrankung			
Magen-Darm-Erkrankung			
Schilddrüsenerkrankung			
Allergie			
Andere			

Operation mit Jahresdatum

Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Beruf – Berufliche Situation**Familienstand – Familiäre Situation - Kinder****Im Notfall zu benachrichtigen**
Die behandelnden Ärzte und das medizinische Personal dürfen Auskunft erteilen an (z.B. an Familienangehörige):

Wenn von Ihnen gewünscht, dürfen durch uns Laborbefunde etc. an die o.g. E-Mail-Adresse übermittelt werden.

 Ja Nein

Dürfen wir, wenn erforderlich, Befunde von Ihnen von anderen KollegInnen aus Arztpraxen, Krankenhäusern und Instituten anfordern?

 Ja Nein

Sind Sie in eine Pflegestufe eingestuft? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Antrag für die Pflegestufe gestellt? _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Datum

Unterschrift