



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Versicherungsnummer:.....

Beruf/Tätigkeit: Familienstand:.....Anzahl Kinder:.....

Telefon: Handy:

E-Mail:

Kontaktperson (Name/Telefon):

Bisheriger Hausarzt:

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fach):.....

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

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien, insbesondere auf Medikamente? Gegen was/welche?

.....
.....

Wann hatten Sie die letzte Vorsorgeuntersuchung? (Datum):.....

Wann war der letzte Krankenhausaufenthalt? (Wann/Wo):.....

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Bitte geben Sie Ihre aktuellen Medikamente an:

Medikament Name/ Dosis (mg)	Einnahme morgens	Einnahme mittags	Einnahme abends	Einnahme zur Nacht

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Durchblutungsstörungen Nein Ja

der Beine Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Nein Ja

Bluterkrankungen Thrombose o. Nein Ja

Lungenembolie Nein Ja

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

.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Datenschutz / Schweigepflicht

Um auch einmal Ihren Angehörigen Befunde mitteilen zu dürfen, private Dokumente (Rezepte, Labor, etc.) aushändigen zu dürfen oder um im Ausnahmefall mit Ihnen telefonieren zu dürfen, benötigen wir ein Codewort. Bitte geben Sie ein Codewort an der Anmeldung bekannt!

Viktring, am: _____

Unterschrift: _____