

Fragebogen an unsere (neuen) Patienten:

Datum: .....

.....  
 Name Vorname geb.

.....  
 Wohnort E-mail / Tel.:

Berufliche Tätigkeit:

O im Sitzen, O im Stehen, O Schichtarbeit, O körperl. anstrengend, O im Freien

Anzahl ihrer Kinder: ..... Haben Sie Haustiere? Welche .....

Ihre Körpergröße: ..... cm Ihr Körpergewicht: ..... kg

Rauchen Sie? O Nein O Ja, ca. .... Zigaretten täglich.

Trinken Sie regelmäßig Alkoholhaltige Getränke? O gelegentlich O täglich O nie

Welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich? O Nein O Ja

Welche und welche Dosierung ?

.....

.....

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			

Bestehen Allergien? O Nein O Ja, gegen .....

Wurden Sie schon einmal operiert? O Nein O Ja, an .....

.....

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? O Übliche O Andere: .....

.....

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt, bzw. woran sind Ihre Eltern erkrankt oder gestorben? Vater: .....

Mutter: .....

Ist Ihr Appetit O schlecht O normal O gut O zu gut?

Ist Ihr Stuhl O zu dünn O normal O zu fest, wie oft: .....

Haben Sie beim Wasserlassen O Schmerzen O Brennen

Schlafen Sie O gut O normal O Schlecht

Haben Sie aktuelle Beschwerden?

.....

**Bitte lesen Sie unseren Praxisordner im Wartezimmer!**

## Seite 2

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern offen gelegt werden, sofern die zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das Praxispersonal mich nach festgelegten Zeitabständen an folgende Kontrolltermine/ Leistungen erinnert:

### **Impfungen, DMP-Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

**Bitte informieren Sie sich an der Anmeldung über die Praxisurlaubszeiten!**