

FRAGEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN

Dres. med. Marita und Alexander Mentel, Fachärzte für Allgemeinmedizin

Rosenstr. 6, D-55270 Schwabenheim, Tel. 06130/221, praxis@mentel.org

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Wohnort, e-Mail, Telefon

Berufliche Tätigkeit:

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

Anzahl der Kinder: Haben Sie Haustiere? Welche:

Ihre Körpergröße: cm Ihr Körpergewicht: cm

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

Trinken Sie alkoholhaltige Getränke? O gelegentlich O täglich O nie

Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung regelmäßig zu sich? O keine

.....
.....
.....

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 besonderen Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt, 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?

Dres. med. Marita und Alexander Mentel, Fachärzte für Allgemeinmedizin

Schweigepflichtsenbindung

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

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das Praxispersonal mich nach festgelegten Zeitabständen an Impfungen und DMP- und Vorsorgeuntersuchungen erinnert.

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz (Version vom 20.06.2018) der Praxis Dres. Mentel erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde, wie darin beschrieben, verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Schwabenheim, ____ . ____ .20 ____

Unterschrift

Bitte lesen Sie unseren Praxisordner im Wartezimmer und informieren Sie sich an der Anmeldung über die Praxisurlaubszeiten!