



Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Familienpraxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Bei Unklarheiten besprechen Sie die Fragen bitte mit Menschen Ihres Vertrauens (Partner, Angehörige, Eltern, Pflegedienst usw.). Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie am Ende des Dokuments die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank !

Wichtiger Hinweis zu mitgebrachten Patientenakten / Arztbriefen:

Bitte die Befunde (bis Din A4) chronologisch vorsortiert in einem Stapel abgeben. Der neueste Befund soll obenauf liegen, dann in zeitlicher Reihenfolge sortieren, ganz am Schluss der älteste Befund. Bitte entfernen Sie nach Möglichkeit alle Heftklammern / Bindungen. In unserer Praxis werden alle relevanten Dokumente elektronisch gescannt und archiviert. Danach erhalten Sie Ihre Unterlagen zurück. Bitte bewahren Sie diese gut bei sich auf.

Ihre persönlichen Daten

Vorname(n): Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon: Mobiltelefon :

Email.....

Versichertenstatus: gesetzlich Privat PostB / KVB Sonstige:.....

Nächster Angehöriger / Ansprechpartner / ggfs gesetzlicher Betreuer:

Vorname: Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon: Mobiltelefon :

Fragen zu Ihrer eigenen Gesundheit....

... sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt ?

Herz-/ Kreislaufkrankheiten

- hoher Blutdruck
- Herzkranzgefäßerkrankung (KHK), Herzinfarkt
- Herzfehler / Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine („pAVK“)
- Thrombosen / Lungenembolie
- Einnahme von Marcumar oder andere Blutverdünner
- sonstige:

Stoffwechselkrankheiten

- Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
- erhöhte Blutfette (z.B. Cholesterin)
- Schilddrüsenerkrankungen
- sonstige:

Atemwege

- Asthma bronchiale
- chronische Bronchitis, COPD
- Tuberkulose (TBC)
- Lungenentzündung
- sonstige:

Hals-Nasen-Ohren-Augen

- Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star, Sehstörung)
- Heuschnupfen
- Schwerhörigkeit
- sonstige:

Bewegungsapparat

- Rheuma
- Bandscheibenschaden
- Arthrose
- künstliche Gelenke:.....
-
- sonstige:

Bauch, Bauchorgane, Niere, Geschlechtskrankheiten

- Lebererkrankungen, Hepatitis
- Bauchspeicheldrüse-Erkrankungen
- Magen- Darmkrankheiten
- Prostataleiden
- Blasensteine , Blasenentzündung
- Nierensteine, Nierenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- sonstige:

Nervenleiden / Psychische Erkrankungen

- Gemütskrankheiten, Depression, Angst
- Schizophrenie
- Multiple Sklerose,
- Erkrankungen der Nerven
- Krampfleiden, Epilepsie
- Suchterkrankung, Abhängigkeit
- sonstige:

Nur für weibliche Patienten

- Frauenkrankheiten
- Geburten:.....
-
- Regel Abstand / Dauer:.....
-
- Beginn der Wechseljahre:.....
-
- Einnahme der Pille

Weitere Krankheiten

- Tumorerkrankungen / Krebs
- Operationen / Unfälle
- ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, Aids)
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- durchgemachte Kinderkrankheiten:.....
-

Bisherige Krankenhausaufenthalte und sonstige Krankheiten

.....

.....



Befinden Sie sich zur Zeit bei weiteren Fachärzten / Psychologen in Behandlung ?

Arzt	Ort	Fachrichtung	weshalb
.....
.....
.....

Ihre Familie betreffende Gesundheitsfragen....

... sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten bekannt ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nerven-/Gemütskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen, Krebs |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit / Diabetes | <input type="checkbox"/> vererbare Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | |

Weitere Gesundheitsfragen:

	Ja	Nein
Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel: Zigaretten / Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: / Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Drogen (z.B. Cannabis, Kokain,...) probiert oder konsumieren Sie diese regelmäßig ? Welche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente) Wenn ja, wogegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter übermäßigem Stress oder seelischen Belastungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche (Supermarkt, Drogerie, Apotheke) Präparate oder Medikamente ein? Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 6 Monaten mehr als 2 kg zu- oder abgenommen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie groß sind Sie:..... cm Wieviel wiegen Sie: kg		

Ihre Sozialanamnese

Ihr Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

Haben Sie Kinder ?

Ihr Beruf :.....:

Ihre Hobbys /Freizeitaktivitäten /Sport:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

Bitte alle Medikamente mit der aktuellen Dosierung in die folgende Tabelle eintragen.

Medikament (genaue Bezeichnung)	Seit wann	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Platz für weitere Hinweise, die Sie uns geben möchten:

.....

.....

.....

.....

Datum **Ihre Unterschrift**

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter !
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe -

Ihr Praxisteam - Familienpraxis Karlstein

