

Fragebogen Erstkontakt

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Telefon: _____ Fax: _____
 Mobil: _____ E-Mail: _____
 Familienstand: _____ Kinder: _____
 Beruf: _____

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt? Bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)	<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc)	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star)	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)
<input type="checkbox"/>	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Operationen / Unfälle
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		



<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: _____ Zigaretten/Tag
<input type="checkbox"/>	Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wie viel: _____ Gläser/Woche
<input type="checkbox"/>	Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente) Wenn ja, wogegen: _____
<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller?

Wie groß sind Sie: _____ cm Wieviel wiegen Sie? _____ kg

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Name	Morgens	Mittags	Abends	Nachts



Vorsorgeuntersuchungen

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	Gesundheitsuntersuchung
<input type="checkbox"/>	Krebsfrüherkennungsuntersuchung
<input type="checkbox"/>	Darmspiegelung

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? Bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung / Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)	<input type="checkbox"/>	

Sonstiges

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Ort, Datum

Unterschrift