

## Liebe Patientinnen und Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu unserer Unterstützung aus. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an eine unserer Mitarbeiter/innen. Vielen Dank!

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Telefon-Nr.:**

**E-Mail:**

**Beruf:**

**Familienstand:**

**Kinder:**

**Größe:**                      cm                      **Gewicht:**                      kg

**Wen können wir im Notfall kontaktieren? (Name /Telefon)**

## Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Nierenerkrankung Fettstoffwechse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Istörung (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Gelenkerkrankung/Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Asthma /Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Psychische Erkrankung (Welche?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär

Schilddrüsenerkrankung

☐ ja

☐ nein

☐ familiär

Anfallsleiden/Epilepsie

☐ ja

☐ nein

☐ familiär

Allergien

☐ ja

☐ nein

☐ familiär

Wenn ja, welche?

**Rauchen Sie?**

☐ ja

☐ nein

☐ früher

Wenn ja, wie viel am Tag:

**Trinken Sie Alkohol?**

☐ nie

☐ gelegent-  
lich

☐ täglich

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Grad der Behinderung: %

Merkzeichen (z.B. G, aG):

**Besitzen Sie einen Impfausweis?**

☐ ja

☐ nein

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

**Wurde bei Ihnen ein Pflegegrad festgestellt?**

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welcher:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

**Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?**

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche:

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

Bitte nennen Sie uns hier auch die Präparate, die Sie ohne ärztliches Rezept oder nur gelegentlich einnehmen (z.B. Vitamine, Abführmittel, Kopfschmerztabletten o.Ä.)

**Bei welchen anderen Ärzten sind / waren Sie in Behandlung?**

(z.B. Augenarzt, Orthopäde, (ehem.) Hausarzt)

Patient/in:

**Mit welchen Beschwerden kommen Sie heute zu uns? Was können wir für Sie tun?**

**NUR FÜR FRAUEN**

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

☐ ja

☐ nein

Geburten?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann:

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- ☐ Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)
- ☐ durch Bekannte / Verwandte
- ☐ durch das Internet
- ☐ durch Flyer
- ☐ durch einen AOK-Mitarbeiter / Kundenberater
- ☐ Sonstiges

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

Wir sind eine **Terminpraxis!** Bitte vereinbaren Sie zu jedem Arztbesuch einen Termin. Wenn Sie diesen nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Bitte beachten Sie, dass wir Sie ohne Termin nur bei akuten Beschwerden behandeln können. In diesem Fall rufen Sie bitte zu Beginn der Sprechstunde kurz an, damit wir Sie einplanen können oder stellen Sie sich frühstmöglich während der Sprechzeit vor.

Patienten ohne Termin müssen längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Bitte vereinbaren Sie auch Termine für geplante Laboruntersuchungen. Am Tag der Laboruntersuchung erhalten Sie den notwendigen Laborschein hier in der Anmeldung. Sie erreichen die Praxis telefonisch immer zu den genannten Sprechzeiten.

Patient/in: