

Gesundheitsfragebogen

Name: _____ PATIENT
 Vorname: _____ PATIENT
 Geschlecht: männlich weiblich
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____
 Beruf (erlernt): _____
 Beruf (derzeit ausgeübt): _____
 Familienstand: _____
 Kinder: ja nein

Angaben des Versicherungsnehmers:
 Vorname/Name: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
 Geburtsdatum: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
 Straße: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
 PLZ/Ort: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
 Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif
 Name der Versicherung: _____
 beihilfeberechtigt ja nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam

Wenn Sie mit ja antworten,
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen **ja nein**

- 1 Große/wichtige Operationen
(ungefähr wann/welche?) _____

- 2 Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene/
Lebensmittel/Medikamente) bekannt?
Wenn ja, welche? _____

- 3 Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin
(Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)
- 4 Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?
- 5 Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen?

- 6 Welche Medikamente nehmen Sie
regelmäßig ein?
- | Medikament/Wirkstoffstärke
(z.B. 10mg) | Wann Einnahme und wie oft? |
|-------------------------------------------|----------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
- 7 Körpergröße: _____ cm
- 8 Gewicht: _____ kg

weiter auf Seite 2 ▶

Gesundheitsfragebogen

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- 9 Bluthochdruck
- 10 Herzerkrankungen
 - 10.1 Herzinfarkt
 - 10.2 KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)
 - 10.3 Herzrhythmusstörungen
 - 10.4 andere _____
- 11 Schlaganfall
- 12 Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- 13 Chronische Atemwegserkrankungen
 - 13.1 Asthma bronchiale
 - 13.2 COPD
 - 13.3 andere _____
- 14 Nierenerkrankungen
- 15 Gicht
- 16 Rheuma
- 17 Osteoporose

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- 18 Schilddrüsenerkrankungen
- 19 Migräne / Clusterkopfschmerz
- 20 Psychische Erkrankungen
 - 20.1 Depressionen
 - 20.2 andere _____
- 21 Anfallsleiden (Epilepsie)
- 22 Schlaf-Apnoe-Syndrom
- 23 Tumorleiden (Krebs)
- 24 Thrombosen / Blutgerinnungsstörungen
- 25 Infektionskrankheiten
 - 25.1 HIV
 - 25.2 Hepatitis
 - 25.3 Tbc (Tuberkulose)
 - 25.4 andere _____
- 26 andere Erkrankungen, welche?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung von _____
- Internet/Homepage
- Telefonbuch/Das Örtliche
- Gelbe Seiten
- sonstiges: _____

Datum _____

Unterschrift _____