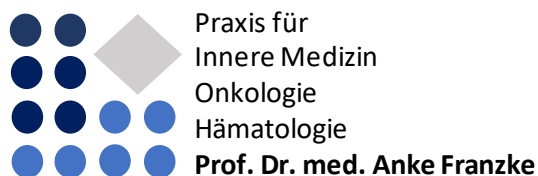


Praxis-Fragebogen für Patientinnen & Patienten



*Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,*

für eine gute Betreuung ist es wichtig, dass wir umfassend über Ihre bisherige Krankengeschichte informiert sind. Daher beantworten Sie bitte folgende Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur persönlich Praxismitarbeitern zu übergeben. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig.

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Geb.-Datum: _____ Größe/ Gewicht: cm kg

Folgende meiner Ärzte sollen informiert werden:

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen und falls ja, seit wann?

	ja	nein	seit wann	Bemerkungen
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen und falls ja, seit wann?

	ja	nein	seit wann	Bemerkungen
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Welche: _____
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	falls ja, wogegen: _____	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	falls ja, welche: _____	_____

Im Falle einer Krebserkrankungen, bitte Angaben zu Ihrer Behandlung.

	ja	nein	wann	Bemerkungen
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Krankheiten in der Familie

Haben Eltern/Geschwister/Kinder/Großeltern Erkrankungen wie z.B. Krebs, Herzinfarkt/Schlaganfall/ Lungenembolie?

ja nein

Sind Sie Raucher/in? _____

Waren Sie früher einmal Raucher? _____

Falls ja (aktuell/ früher): Wie viele Zigaretten? _____ Zigaretten am Tag

Wie viele Jahre haben Sie (schon) geraucht? _____ Jahre

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? _____

Falls ja, wieviel trinken Sie am Tag? _____

Machen Sie Sport? _____

Falls ja, wie oft in der Woche und was? _____

ja nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? _____

Haben Sie eine Pflegestufe? Welchen Grad? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? _____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Befunde an befugte mit – und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies zu meiner medizinischen Versorgung dient, weitergegeben werden. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen oder einschränken kann.

Mögliche Einschränkungen des Einverständnisses?

Entbindung der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit!