

Lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sollte eine Frage Ihnen unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

### Persönliche Daten

1. Name ,Vorname :

\_\_\_\_\_

2. Geb.-Datum:

\_\_\_\_\_

3. telefonisch erreichbar (auch Handy):

\_\_\_\_\_

4. E-Mail:

\_\_\_\_\_

5. Familienstand:

\_\_\_\_\_

6. Kinder:

\_\_\_\_\_

7. Kontaktperson:

\_\_\_\_\_

8. Beruf:

\_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit  nicht berufstätig

Rentner(in)

9 .Stress:

ja  nein

10.Ich möchte an meine Termine erinnert werden:  ja  nein

11. Ich bin beschwerdefrei und wünsche einen „Check-Up“:

ja  nein

12. Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes:(Bitte bringen Sie uns Ihren Impfpass mit)

ja  nein

13. Meine Größe beträgt \_\_\_\_\_cm; mein momentanes Gewicht beträgt \_\_\_\_\_kg

14. Ich bewege mich regelmäßig aktiv:

Beruflich:  ja  nein  
In meiner Freizeit:  ja  nein  
Wie oft in der Woche: \_\_\_\_\_ Anzahl/Tag \_\_\_\_\_ Min.

15. Ich rauche:

ja  nein  Ex-Raucher

16. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja bei wem? _____	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja bei wem? _____	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja bei wem? _____	<input type="checkbox"/> nein
Krebs	<input type="checkbox"/> ja bei wem? _____	<input type="checkbox"/> nein

\*Wenn ja, welche Art? \_\_\_\_\_

17. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Cholesterin zu hoch
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schwindelanfälle
<input type="checkbox"/> Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Magenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Asthma/chron. Bronchitis
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Krebs

Sonstiges: \_\_\_\_\_

18. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

<input type="checkbox"/> Lungenarzt	<input type="checkbox"/> Kardiologe
<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> Urologe
<input type="checkbox"/> Neurologe	sonstiges _____

19. Ich hatte folgende Operationen:

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Herz-OP
<input type="checkbox"/> Brust-OP	<input type="checkbox"/> Gefäße-OP
<input type="checkbox"/> Gebärmutter-OP	<input type="checkbox"/> Krebs-OP
<input type="checkbox"/> Mandeln-OP	<input type="checkbox"/> Schilddrüse-OP
<input type="checkbox"/> Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/> Gallenblase-OP
<input type="checkbox"/> Bruch-OP	<input type="checkbox"/> Prostata

Sonstiges: \_\_\_\_\_

20. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:  ja\*  nein



sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!  
Ihr Praxisteam  
D. Kobusch