

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!  
Um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung der Fragen behilflich sein.

Die folgenden Angaben dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Tel. privat:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Wie sind Sie versichert?

**gesetzlich**

**privat im**

Normaltarif

Basistarif

Standardtarif

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Ich bin mit der Weitergabe von Facharztbefunden bei Anfragen der Krankenkasse oder auf Anfrage von Fachkollegen einverstanden! (Betrifft auch Anträge von Behörden z.B. Schwerbehindertenantrag)

Ja     Nein

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung? \_\_\_\_\_ Sollten wir Befunde von diesem Arzt anfordern?  
 Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier Adresse und/oder Telefonnummer des Arztes an:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen**

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Gemeinschaftspraxis im Weilerhof in Uhingen weiterzuleiten.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ernährungsweise?**  Mischköstler  Ovo-lacto Vegetarier  Ovo Vegetarier  Lacto Vegetarier  Veganer

**Trinken Sie Alkohol?**  Ja  nein wenn ja, täglich ?  ab und zu?

**Rauchen Sie?**  Ja  nein  aufgehört wenn ja, wie viele am Tag ? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  Ja  nein wenn ja, wie viele Stunden pro Woche ? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  Ja  nein wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche ? \_\_\_\_\_

**Operationen/Bestrahlung?**  Ja  nein wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):  
\_\_\_\_\_

**Für Patientinnen:**

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  nein

Geburten?  Ja  nein wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_

Antibabypille?  Ja  nein

Monatsblutung regelmäßig  Ja  nein

Regelmäßige Gynäkologische Vorsorge?  Ja  nein wenn ja, wann war die letzte Vorsorge ? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer Allergie?**  Nein  Ja wenn ja, an welchen ?  
\_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?**  Nein  Ja

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?**

- |  |  |                                      |  |  |
|--|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose           | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> KHK           |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose        | <input type="checkbox"/> Osteoporose   |
| <input type="checkbox"/> Psychische Leiden | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.   | <input type="checkbox"/> Reizdarm    | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gicht         |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> HIV             | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
- 
- 
- 

**Wie viele Infekte (z.B. Erkältung, Mandelentzündungen) hatten Sie in den letzten 12 Monaten? \_\_\_\_\_**

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf ?**

- |  |                                    |                                      |                                       |                                    |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose     | <input type="checkbox"/> sonstiges |
- 
- 

**Vegetative Anamnese:**

- |                                   |             |                          |                |                          |
|-----------------------------------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| • <i>Durst</i>                    | Normal      | <input type="checkbox"/> | Vermehrt       | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Appetit</i>                  | Normal      | <input type="checkbox"/> | Vermehrt       | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Stuhlgang</i>                | Normal      | <input type="checkbox"/> | Vermehrt       | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Wenn nicht normal</i>        | Durchfall ? | <input type="checkbox"/> | Verstopfung ?  | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Wenn Durchfall</i>           | Mit Blut ?  | <input type="checkbox"/> | Mit Schleim ?  | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Wasserlassen</i>             | Normal      | <input type="checkbox"/> | Vermehrt       | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Startschwierigkeiten</i>     | Ja          | <input type="checkbox"/> | „Brennen“      | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Nachts öfter als 1-2 mal</i> | Ja          | <input type="checkbox"/> | Nein           | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Nachtschweiß</i>             | Ja          | <input type="checkbox"/> | Nein           | <input type="checkbox"/> |
| • <i>Gewicht</i>                  | Konstant    | <input type="checkbox"/> | Nicht konstant | <input type="checkbox"/> |
|                                   | Zunahme     | <input type="checkbox"/> | Abnahme        | <input type="checkbox"/> |

Von \_\_\_\_\_ kg

in \_\_\_\_\_ Monaten

**Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?**

- Masern       Mumps       Röteln       Windpocken       keine

**Wann wurden Sie zuletzt geimpft?**

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_ Pneumokokken: \_\_\_\_\_ Masern: \_\_\_\_\_ Keuchhusten: \_\_\_\_\_

**Impfungen müssen auch bei Erwachsenen regelmäßig aufgefrischt werden. Gerne können Sie uns Ihren Impfpass vorbeibringen damit wir ihn auf fällige und fehlende Impfungen kontrollieren.**

**Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein ? (Bitte Angabe des Präparats und der Dosis)**

Medikament	morgens	mittags	abends

**Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?**

Ja     nein    wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_

*Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren:*

**Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?**

Ja     nein    wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?**

ein Arzt oder eine med. Einrichtung hat Sie uns empfohlen: \_\_\_\_\_

ein Familienmitglied ist bereits Patient: \_\_\_\_\_

ein Bekannter ist bereits Patient: \_\_\_\_\_

Telefonbuch

Internet

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

**Was ist der Grund der heutigen Konsultation in unserer Sprechstunde?**

akute Erkrankung

chronische Erkrankung

Vorsorge

Schmerzen

**Beschreibung Ihrer Beschwerden:**

---

**Für Schmerzpatienten: wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen (bitte ankreuzen)**

**Leicht    1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10    Stark**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben von Seite 1 bis 4

Uhingen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!