

Fragebogen für neue Patient*innen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Arztpraxis. Um Sie besser kennenzulernen und um individuell auf Ihre gesundheitlichen Belange eingehen zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte zu beantworten. Vielen Dank!

- Ihr Praxisteam

Name, Vorname: _____ geboren am: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____

Wurden Sie schon einmal im Krankenhaus behandelt/operiert?

O nein O ja. Wann und warum? _____

Waren Sie sonst schon einmal schwer krank?

O nein O ja, ich hatte: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

O nein O ja, gegen: _____

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

O Bluthochdruck O Diabetes („Zucker“) O Asthma/COPD („chronische Bronchitis“) O KHK

Liegen andere chronische Erkrankungen vor?

O nein O ja. Welche? _____

Wurden Sie jemals wegen psychischer Beschwerden behandelt?

O nein O ja. Welche: _____

Rauchen Sie?

O nein O ja. Wieviel und seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol?

O nein O selten O regelmäßig (2-3 x wöchentlich) O täglich

Hat oder hatte jemand in Ihrer Familie eine/n....?

O Herzinfarkt O Schlaganfall O Diabetes („Zucker“) O Krebserkrankung O Erbkrankheit

Sind Sie berufstätig, machen eine Ausbildung oder gehen zur Schule?

O nein O Rentner*in O ja, nämlich _____

Treiben Sie regelmäßig Sport?

O nein O ja. Welchen? _____

Nachname, Vorname: _____

Leben Sie alleine?

O ja O nein, zusammen mit _____

Gibt es besondere Belastungen in Ihrem Leben (z.B. Sorge um Angehörige, enge Finanzen, ...)?

O nein O ja, nämlich: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (bitte auch freiverkäufliche Arzneien und Mittel aus der Naturheilkunde nennen) O Nein O Ja, Medikamentenplan liegt bei O Ja, folgende:

Macht es Ihnen etwas aus, diese Medikamente einzunehmen?

O überhaupt nicht O ein bisschen O ja, es stört mich sehr

Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen?

O nein, nie O manchmal O oft

Nennen Sie bitte alle Ärzt*innen inkl. Fachrichtung, bei denen Sie auch in Behandlung sind:

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?

O ja O nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?

O ja O nein

Welche Vertrauensperson dürfen wir im Notfall kontaktieren? Name, Telefonnummer: _____

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

O nein O ja, Name und Telefonnummer: _____

Berlin, den _____

Unterschrift