

Fragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, nachfolgend finden Sie einen Fragebogen, der es uns erleichtern soll, Sie als Neupatient schneller und besser kennenzulernen.

Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Bitte bringen Sie alle Vorbefunde mit beziehungsweise reichen diese umgehend nach.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Geschlecht: Männlich:

Weiblich:

Divers:

Kontaktdaten:

Straße:

PLZ:

Stadt:

Festnetz:

Mobil:

Krankenkasse

Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Haben Sie aktuell Beschwerden?

Kopf/ Hals / Schilddrüse	Ja	Nein	Welche / Seit wann?
Herz/Kreislaufsystem			
Lunge / Atemwege			
Magen / Darm / Gallenblase / Leber			
Nieren / Blase			
Nerven / Knochen / Muskeln / Gelenken			
Haut			
Sonstige Beschwerden			

Lebensstil

	Ja	Nein				
Rauchen Sie?			Wieviel?		Seit Wann?:	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol / Bier?			Wieviel?		Seit Wann?	
Haben Sie viel Stress?			Wie oft?		Welchen?	
Treiben Sie Sport?			Wie oft?		Welchen?	
Haben Sie regelmäßige Mahlzeiten?			Wie oft?		Ausgewogen?	
Schlafen Sie ausreichend?			Wieviele Stunden pro Nacht?		Arbeiten Sie im Schichtdienst?	
Sonstige Beschwerden						

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie	Ja	Nein	Bei wem?
Herzerkrankungen			
Bluthochdruck			
Schlaganfälle			
Übergewicht			
Zuckerkrankheit			
Krebsleiden			
Rheuma			
Rücken-/Gelenkkrankheiten			
Thrombosen & Embolien			
Lebererkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Sonstige Krankheiten			

Gerne bestellen Sie Rezepte über das Bestellformular unserer Praxishomepage.

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um Absage spätestens am Vortag des geplanten Termins.

Datum:

Unterschrift: