

Bitte füllen Sie den Fragebogen zu unserer Unterstützung aus. Sollten Sie Fragen dazu haben, sprechen Sie uns einfach an.

Name, Vorname _____ Geb.-datum: _____

Anschrift _____ Tel.-Nr.: _____

Notfallkontakt _____

Andere behandelnde Ärzte (z.B. Fachärzte, ggf. früherer Hausarzt):

Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Vorsorgevollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, PG _____
Schwerbehinderung vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, GdB _____

Soziale Anamnese

<input type="checkbox"/> berufstätig als _____	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
<input type="checkbox"/> selbstständig als _____	<input type="checkbox"/> erlernter Beruf _____	
<input type="checkbox"/> Schüler/Ausbildung	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> Rentner
<input type="checkbox"/> beschäftigt in Teilzeit	<input type="checkbox"/> beschäftigt in Vollzeit	<input type="checkbox"/> beschäftigt im Schichtdienst

Wohnsituation

allein lebend in Familie/mit Partner lebend Betreutes Wohnen Seniorenheim
 Kinder (Anzahl: ____)

Eigenanamnese

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zigaretten pro Tag	_____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	was und wie viel?	_____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	was und wie oft?	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Falls vorhanden, legen Sie uns bitte Ihren Medikamentenplan vor oder tragen Sie ggf. nachfolgend die Medikamente ein (auch frei verkäufliche Präparate oder regelmäßig eingenommene Nahrungsergänzungsmittel).

Nehmen Sie Falithrom/Marcumar ein? nein ja (bitte legen Sie uns Ihren Ausweis vor)

Bekannt Allergien

Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Bienen-/Wespengift	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> andere: _____
Lebensmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Leiden Sie oder jemand in Ihrer Familie an folgenden chronischen Krankheiten?

				Bemerkung
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Herzinfarkt/KHK	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Herzfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
paVK	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
COPD	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Sarkoidose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Parkinson	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Demenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Schizophrenie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Depression	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Angststörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____
Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> familiär	_____

Operationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Künstliche Gelenke/Herzklappen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Stoma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Arm-/Beinprothese	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Shunt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Zahnprothese	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sonstige wichtige Informationen

Datum, Unterschrift _____

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
- Ihr Praxisteam -*