

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in der Hausarztpraxis Hohenthurm begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Email: _____

Handy: _____ Beruf: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Bestehen Allergien (vor allem gegen Medikamente)? nein

ja, folgende: _____

Rauchen Sie? nein ja, ca. ___ Zig. pro Tag seit ___ Jahren nicht mehr seit: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie oft und wieviel? _____

Lebenssituation: ledig in Partnerschaft verwitwet Kinder

Freizeitaktivitäten/Sport/Hobbies: _____

Vorerkrankungen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Zuckererkrankung (Diabetes) |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Lungenerkrankung | <input type="radio"/> erhöhte Blutfettwerte |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Thrombose/Lungenembolie | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen d. Beine |
| <input type="radio"/> Operationen/Unfälle | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Baucherkrankungen |
| <input type="radio"/> chronische Infektionen | <input type="radio"/> Blutungsstörungen | <input type="radio"/> Augenerkrankungen |
| <input type="radio"/> psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> neurolog. Erkrankungen | <input type="radio"/> Hauterkrankungen |

nähere Erläuterung oder andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

KHK Diabetes COPD Asthma

Sind Sie bei anderen Fachärzten in Behandlung? nein ja

Wenn ja, bei welchen? _____

Wann war Ihr letzter Check-up (für Patienten ab 35 Jahren)? _____

Letzte Langzeit-Blutdruckmessung am: _____

Letztes EKG / Langzeit-EKG / Belastungs-EKG am: _____

Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung? nein ja, am: _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? nein ja, am: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	morgens	mittags	abends

Sind in Ihrer **Familie** folgende Erkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Krebserkrankungen
 Diabetes Durchblutungsstörungen d. Beine

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Freiwilligkeit der gemachten Angaben und gestatten uns, diese Daten in Ihrer Patientenakte zu hinterlegen. Die Angaben sind ausschließlich für unseren internen Gebrauch vorgesehen und dürfen nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____