

PATIENT*innen-FRAGEBOGEN für die hausärztliche Betreuung

Bitte füllen Sie den Fragebogen SORGFÄLTIG aus. Sie helfen uns damit relevante Informationen zu erfassen, die für Ihre optimale Behandlung notwendig sind. Machen Sie ggf. Ergänzungen.

Bringen Sie bitte zum Vorstellungstermin alle vorhandenen Befunde (vollständiger Medikamentenplan, Impfpass, Labor-/ Röntgen-, CT-, MRT-Befunde / Krankenhausberichte etc.) mit.

Selbstverständlich werden Ihre Daten unsererseits streng vertraulich u. datenschutzkonform behandelt.

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse: Telefon:
..... Handy:
..... Email:

Höchster Schulabschluss:

noch Schüler Hauptschulabschluss Realschulabschluss Abitur kein Schulabschluss

erlernter/studierter Beruf: aktuell ausgeübte Tätigkeit:

Rentner*in seit:

EU-Rentner*in seit: wegen:

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? nein ja seit wann? warum?

Grad der Behinderung: nein ja %

Pflegegrad: nein ja 1 2 3 4 5

Patientenverfügung: nein ja

Vorsorgevollmacht: nein ja Name:

Adresse/Tel.:

Sie sind: ledig verheiratet verwitwet geschieden allein lebend

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Medikamentenallergie: nein ja welche:

Kontrastmittelallergie: nein ja

Andere Allergien/Unverträglichkeiten: nein ja welche:

Rauchen Sie / haben Sie geraucht? Nein Ja

Wie viele Zigaretten pro Tag? Wie lange? vonbis..... Ich rauche weiterhin

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja wie oft? täglich 2-3xwöchentlich gelegentlich

was?wieviel?.....

Nehmen o. nahmen Sie Drogen? Nein Ja Welche?

Haben Sie Tierkontakt? Nein Ja Welche Tiere?

Benutzen Sie Hilfsmittel?

Brille Kontaktlinsen Hörgerät rechts links Schuheinlagen

Gehstock Gehhilfen Rollator Rollstuhl andere welche?.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (wenn vorhanden bitte Medikamentenplan beifügen)

Bitte vermerken Sie alle regelmäßig als auch bei Bedarf genommen Medikamente mit Dosierung, Augentropfen, Sprays zum Inhalieren, auch selbst gekaufte Medikamente aus der Apotheke, Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate o.ä..

Medikament	Wirkstärke	früh	mittags	abends	z. Nacht

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

	Nein	Ja	weiß nicht	
Zuckerkrankheit				Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Insulin ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck				
Herzinfarkt				wann
Herzklappenerkrankung				welche?
Herzleistungsschwäche				
Schlaganfall				wann
Thrombose/Lungenembolie				wann
Gastritis/Magengeschwüre				
Darmerkrankung				welche?
Erhöhte Cholesterinwerte				
Erhöhte Harnsäurewerte /Gicht				
Schilddrüsenerkrankung				welche?
Asthma				
COPD				
Tuberkulose				wann
Hepatitis (Gelbsucht)				wann
Gallensteine				
Verminderte Nierenfunktion				
Epilepsie (Krampfleiden)				

Depression/ Angststörung				
andere psychische Erkrankung				welche?
Migräne				
Erhöhter Augeninnendruck				rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/>
Hauterkrankung				Welche?
Osteoporose				
Krebsleiden				welche?
Sonstige Erkrankungen				welche?

Sind Sie operiert worden ?

	nein	ja	rechts	links	wann	genaue Bezeichnung d. OP
Tonsillektomie (Mandel-OP)						
Blinddarm-OP						
Leistenbruch-OP						
Gallenblasenentfernung						
Schilddrüsenoperation						
Bypass-/Herzklappen-OP						
Magen-/Darmoperation						
Nierenoperation						
Prostataoperation						
Brust-/Unterleibs-Operation						
Gelenkersatz- OP						
andere Operationen						

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen? (insbes. Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Schuppenflechte, Herzinfarkt/Schlaganfall, Diabetes etc.)

Vater:

Mutter:.....

Geschwister:.....

Kinder:.....

Welche Untersuchungen sind bereits erfolgt?

	nein	ja	wann	
Röntgen Thorax (Lunge)				
Röntgen Gelenke				welche?
Röntgen Wirbelsäule				HWS <input type="radio"/> BWS <input type="radio"/> LWS <input type="radio"/>

Skelettszintigraphie				
Computertomographie (CT)				welche Körperregion?
Magnetresonanztomografie				welche Körperregion?
Knochendichtemessung				
Bauchultraschall				
Magenspiegelung				
Darmspiegelung				
Urologische Untersuchung				

Für Patientinnen:

Alter bei erster Regelblutung:

Alter bei letzter Regelblutung:

Schwangerschaften	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wie viele?
Geburten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wie viele?
Fehlgeburten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wie viele?
Antibabypille	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	
Hormonpräparat	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	welches?
Sind Sie aktuell schwanger?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>

Letzte gynäkologische Untersuchung wann:Ergebnis:.....

Letzte Mammographie wann:Ergebnis:.....

Bitte notieren Sie ggf. hier weitere Angaben, die Sie für wichtig erachten:

.....

.....

.....

Datum: Unterschrift Patient: