



Fragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patienten,
der nachfolgende Fragebogen soll uns dabei helfen, Sie als neuen Patient besser kennenzulernen und Arbeitsabläufe zu optimieren. Bitte bringen Sie zum ersten Arztbesuch Vorbefunde, Impfausweis und Medikamentenplan mit. Nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus.
Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Erreichbarkeit (Telefonnummer/Emailadresse): _____

Gesundheitsbezogene Angaben:

Sind Allergien bekannt (wenn ja, welche Reaktionen, z.B. Hautausschlag)?

Rauchen Sie (Seit wann und wieviel)?

Wieviel Alkohol trinken Sie?

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt (und wann)?

Sind in der Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzgefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nieren-/Lungenerkrankungen |

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Herzgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck, Z.n. Thrombose, Lungenembolie, ...)

- Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, ...)

- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Refluxkrankheit, entzündliche Darmerkrankungen, Erkrankung der Leber, Bauchspeicheldrüse, ...)

- Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (z.B. Nierenschwäche, Erkrankung der Prostata, ...)

- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Erkrankungen der Schilddrüse, Diabetes mellitus, Gicht, ...)

- Rheumatologische Erkrankungen

- Bluterkrankungen

- gynäkologische Erkrankungen

- Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Mb. Parkinson, Epilepsie, Depression, ...)

- Augenerkrankungen, HNO Erkrankungen

- Infektionskrankheiten (z.B. chronische Hepatitis, HIV, ...)

- Sonstiges

Sind Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten/Befunde in die elektronische Patientenakte einverstanden

- ja

- nein

Datum: _____

Unterschrift: _____