



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon / Handy:

E-Mail:

Eigene Krankengeschichte

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung / Angabe	Nein	Ja	Seit wann? / Nähere Angaben
Bluthochdruck	☐	☐	
Herzkranzgefäße / Herzinfarkt	☐	☐	
Herzerkrankungen	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Durchblutungsstörungen der Beine	☐	☐	
Zuckerkrankheit / Diabetes	☐	☐	
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	
Tumorerkrankungen	☐	☐	
Lebererkrankungen	☐	☐	
Chronische Infektionskrankheiten	☐	☐	
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	☐	☐	
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	☐	☐	
Thrombose oder Lungenembolie	☐	☐	
Augenerkrankungen	☐	☐	
Psychische Erkrankungen	☐	☐	
Krampfleiden / neurologische Erkrankungen	☐	☐	
Operationen / Unfälle	☐	☐	
Sonstiges	☐	☐	

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

– Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐

– Wenn ja, gegen welche?

– Andere Allergien?



Körperdaten und Medikamente

Wie groß sind Sie? cm Wie viel wiegen Sie? kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein ☐ zu ☐ ab ☐

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bereits durchgeführte Untersuchungen

Erkrankung / Angabe	Nein	Ja
Herzkatheter	☐	☐
Darmspiegelung	☐	☐

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Erkrankung / Angabe	Nein	Ja
Bluthochdruck	☐	☐
Herzkranzgefäße / Herzinfarkt	☐	☐
Herzerkrankungen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Durchblutungsstörungen der Beine	☐	☐
Zuckerkrankheit / Diabetes	☐	☐
Tumorerkrankungen	☐	☐
Blutungsstörungen / Bluterkrankungen	☐	☐
Thrombose oder Lungenembolie	☐	☐

Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht ☐ Vater ☐ Mutter ☐

Sport (was und wie oft?):

Gibt es einen wichtigen Punkt, den Sie uns noch mitteilen möchten?

.....



Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen oder unsere Onlinerezeption. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag.

Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen zum Datenschutz am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung sowie der Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass ein Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Aichwald, den _____

Unterschrift: _____