

Patientenfragebogen



Praxis Jesenwang
Kirchstrasse 2 82287 Jesenwang

Liebe(r) Patient(in),
sie sind zum ersten mal in unserer Praxis. Um Sie besser kennenzulernen,
bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Die Angaben sind
natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Sind bestimmte Fragen für Sie nicht verständlich, wenden Sie sich
vertrauensvoll an unsere Mitarbeiterinnen. Sie sind Ihnen gerne behilflich.

Name/Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Faxnummer: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse (cm): _____

Familienstand: _____ Gewicht (kg): _____

Beruf: _____ Kinder (Alter): _____

Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

Vorerkrankungen:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | |
| <input type="checkbox"/> Galle-/Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> seelische Erkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Operationen | |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte in den letzten 10 Jahren | | |

Leiden Sie an **ansteckenden Infektionskrankheiten**? ja nein

Haben Sie einen **Impfausweis**? ja nein

Sind direkte Blutsverwandte von einer der folgenden Krankheiten betroffen?

Wer ist erkrankt?

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall/Herzkranzgefässverengung | |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinerhöhung | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis) | |

- **bitte wenden** -

Patientenfragebogen



Praxis Jesenwang
Kirchstrasse 2 82287 Jesenwang

Medikamente mit Dosierung

(auch gelegentliche Einnahmen, Dosieraerosole z.B. Asthmaspray, Pille, Abführmittel, pflanzliche oder homöopathische Mittel, Nahrungsergänzungsmittel)

1.
2.
3.
4.
5.

Welche **Vorsorgeuntersuchungen** haben Sie bisher wahrgenommen?

	Wann?	Wo?	Ergebnis?
<input type="checkbox"/> allgem. Gesundheitsvorsorgeuntersuchung ("Check Up")
<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge
<input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening

Ich habe **Informationsbedarf** / Interesse an:

- Gesundheits-Check
- Impfung
- Reisemedizinische Beratung
- Tauchuntersuchung
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Gewichtsreduktion/Ernährungsumstellung
- Diabeteschulung
- Nikotinentwöhnung
- Nahrungsergänzung

Uns interessiert es, wie Sie zu uns kamen:

- Empfehlung
- Telefonbuch
- Sonstiges

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihr Praxisteam Dr. Förster

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ihre Gesundheit ist unser Ziel!