

**Fragebogen für Neupatienten**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

Geburtsdatum. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zuletzt behandelnder

Hausarzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten (insbesondere Antibiotika, Schmerzmittel usw.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte die bei Ihnen zutreffenden Diagnosen/Aussagen an:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein |
| **Bluthochdruck**  (Hypertonie) |  |  |
| **Koronare Herzerkrankung**  (Gefäßerkrankung am Herz) |  |  |
| **Diabetes mellitus**  (Zuckerkrankheit) |  |  |
| **Rauchen** | Wenn ja,  wie viel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| **Bestehen andere Erkrankungen:** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Familiäre Risikofaktoren** | **Ja** | **Nein** |
| Gibt es Herzinfarkte oder Schlaganfälle bei den eigenen Eltern oder Geschwistern? |  |  |
| Gibt es Tumorerkrankungen/  Krebserkrankungen bei den eigenen Eltern  oder Geschwistern |  |  |

**Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament | Morgens | Mittags | Abends | Nacht |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_