



HAUSARZTPRAXIS DR. SCHULZ

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Handy:

Email:

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

seit wann? ↓

Nähere Angaben: ↓

Bluthochdruck ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Schlaganfall ja nein

Durchblutungsstörungen der Beine ja nein

Zuckerkrankheit / Diabetes ja nein

Fettstoffwechselstörungen ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Magen-/Darm-Erkrankungen ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Chronische Infektionskrankheiten ja nein

Bluterkrankungen ja nein

Lungenerkrankungen (COPD/Asthma) ja nein

Thrombose oder Lungenembolie ja nein

Augenerkrankungen ja nein

Psychische Erkrankungen ja nein

Neurologische Erkrankungen ja nein

Operationen / Unfälle ja nein

Sonstiges:

Wenn ja, wieviel? ↓ Nicht mehr seit: ↓

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein Wenn ja, auf was?

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche?

Größe: Gewicht:

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Darmspiegelung? ja nein Wenn ja, wann zuletzt?

Herzkatheter? ja nein Wenn ja, wann zuletzt?

Gesundheitscheck? ja nein Wenn ja, wann zuletzt?

Sind in Ihrer Familie Krankheiten bekannt?

Sozialanamnese:

Familienstand:

Beruf:

Sport:

Sonstiges:

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mühe!