



# 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

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 ja  nein

Thrombose oder Lungenembolie ja  nein

Nierenerkrankungen ja  nein

Psychiatrische Erkrankungen ja  nein

Neurologische Erkrankungen ja  nein

Urologische Erkrankungen ja  nein

Operationen / Unfälle ja  nein

Sonstiges:

Größe:

Gewicht:

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?

---

---

---

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 Sie damit einverstanden, dass wir Sie an fällige Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja  nein

Sind in Ihrer Familie Krankheiten bekannt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

Sozialanamnese:

Familienstand:

Beruf:

Sport:

Sonstiges:

---

---

---

Datum:

Unterschrift:

---

Vielen Dank für Ihre Mühe!