



Fragebogen – Kontaktdaten & Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Ihre Hausärzte sehen wir uns als Ihr Ansprechpartner in allen Gesundheits- und Krankheitsfragen! Um Sie umfassend betreuen und medizinisch gut behandeln zu können, sind Informationen über frühere Erkrankungen, chronische und aktuelle Erkrankungen (wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Zuckererkrankung), Unfälle sowie Krankenhausaufenthalte wichtig für uns.

Wir möchten Sie daher bitten, uns diesen Fragebogen soweit es Ihnen möglich ist auszufüllen.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Adresse			
Krankenkasse, Kostenträger			
Telefon, Handy	Faxnummer	E-Mail	

Welchen Beruf üben Sie aus?

Ihr Familienstand? Ledig Verheiratet Lebensgefährten/-in?

Haben Sie Kinder? Ja Nein Alter

Rauchen Sie? Seit welchem Lebensjahr? Wieviel durchschnittlich je Tag?

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

Gehen Sie regelmäßig 1x/Jahr zum Frauenarzt? Diagnosen?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Impfausweis? Ja Nein → Falls 'Ja' dann bringen Sie diesen bitte gelegentlich vorbei! Wenn Sie uns bitte auch ihren Coronavirus-Impfstatus angeben:

	Biontech Comirnaty®	AstraZeneca Vaxzevria® COVID-19 Vaccine AstraZeneca®	Moderna Spikevax® COVID-19 Vaccine Moderna®	Johnson COVID-19 Vaccine Janssen®
Wie oft hatten sie nebenstehende Impfungen?				

Haben Sie eine Covid-19-Erkrankung durchgemacht? Wann (Monat/Jahr)?

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

.....

.....

.....

.....

Welche bedeutsamen Erkrankungen haben Sie bisher durchgemacht?

.....
.....
.....

An welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie?

.....
.....
.....

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (wenn möglich mit ungefährender Zeitangabe)

.....
.....

Gibt es in der Familie gehäufte Erkrankungen / Erbkrankheiten / Tumorerkrankungen? Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie Schlafstörungen, Probleme mit dem Stuhlgang oder beim Wasserlassen?

.....

Nehmen Sie bei Bedarf oder regelmäßig Medikamente ein?

Medikament - Dosierung?	früh	mittags	abends	zur Nacht

Körpergröße	cm	Körpergewicht	kg
-------------	----	---------------	----

Gibt es sonst noch Wichtiges, das Sie uns mitteilen möchten? (z.B. Versorgungsprobleme, Patientenverfügung ...)

.....
.....

Wir möchten Sie bitten, Ihre Unterlagen / Krankenakte des bisherigen Hausarztes und der übrigen Vorbehandler zu besorgen, damit wir einen raschen und guten Überblick gewinnen können. Sie haben ein Recht auf Herausgabe bzw. Kopie Ihrer kompletten Krankenakte. Ihnen können allenfalls Kopierkosten in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift