

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Philipp Klapsing & Matthias Noll  
Kurfürstenstraße 14  
34590 Wabern  
Tel. (05683) 99 69 010 Fax 99 69 030  
Email: info@hausarzt-wabern.de

## Patientenfragebogen

### Basisdaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon (am besten Handy)	
Email	
Früherer Hausarzt (Name, Ort, Telefon):	
Größe	
Gewicht	

### Allgemeine Fragen zur Gesundheit

Rauchen (ja/nein)	
Alkohol (ja/nein)	
Haben Sie berufliche oder private Sorgen und Schwierigkeiten?	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	
Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel bekannt? Wenn ja, welche?	
Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran?	
Haben Sie einen Impfausweis? Wenn ja, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit, wir beraten Sie gern.	
Wurden Vorsorgeuntersuchungen (Checkup, Krebsvorsorge) durchgeführt? Wann zuletzt?	

**Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen?**

Hoher Blutdruck, Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen	
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis	
Krampfadern, Thrombose, offene Beine	
Gelbsucht, Hepatitis	
Nierenerkrankungen	
Hauterkrankungen	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	
Harnsäureerhöhung (Gicht)	
Blutungsneigung, Blutarmut	
Tumorleiden	
Schilddrüsenerkrankung	
Rheumaerkrankungen	
Andere Erkrankungen der Gelenke oder der Wirbelsäule	
Psychische Erkrankungen	
Krampfanfälle (Epilepsie)	
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star (Katarakt)	
Infektiöse Krankheiten	
Andere chronische Erkrankungen	

**Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?**

Bluthochdruck	
Herzerkrankungen	
Schlaganfall	
Zuckererkrankung	
Fettstoffwechselstörungen/Cholesterinerhöhung	
Blutungsstörungen	
Psychische Erkrankungen	
Krebserkrankungen	

Wollen Sie von uns an Termine und Untersuchungen erinnert werden ?  JA  NEIN

Datum und Unterschrift: