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 nächstenPraxisbesuch 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: