

Willkommen in unserer Praxis

Um Sie optimal betreuen zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich sind alle Angaben freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die hier erhobenen Informationen werden ausschließlich in unserer Praxis verwendet und niemals weitergegeben. Bei Fragen zögern Sie bitte nicht sich an uns zu wenden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Kontaktperson Notfall:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Rauchen Sie ? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Dorfstraße 1
72138 Kirchentellinsfurt

T: +49 7121 600666

M: kontakt@hausarzt-kfurt.de

hausarzt-kfurt.de

Mo: 08–11, 16–18 Uhr

Di: 08–11, 16–18 Uhr

Mi: 08–11 Uhr

Do: 08–11, 16–18 Uhr

Fr: 09–14 Uhr

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

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Bluthochdruck | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Infektionskrankheiten | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörungen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD) | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Thrombose oder Lungenembolie | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit/ Diabetes, Herzerkrankungen, Schlaganfall, Blutungsstörungen/Bluterkrankungen, Tumorerkrankungen, Thrombose/Lungenembolie bekannt?

Falls vom bisherigen Hausarzt Vorbefunde angefordert werden können geben Sie uns bitte Bescheid. Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift Patient/-in: