

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

# HAUSÄRZTE AM DOHLBERG

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, werden wir dies im persönlichen  
Gespräch mit Ihnen klären.

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Handy:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Grad der Behinderung (Schwerbehindertenausweis):** **Nein**  **Ja**  \_\_\_\_\_ %

**Merkzeichen** \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** **Nein**  **Ja**  **Grad** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:** **Nein**  **Ja**

**Vorsorgevollmacht / gesetzliche Betreuung:** **Nein**  **Ja**

**Eingesetzte Person (Name und Anschrift/Telefonnummer):** \_\_\_\_\_

---

Falls Sie eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder gesetzliche Betreuung haben,  
möchten wir Sie bitten, uns eine Kopie für Ihre Patientenakte mitzubringen.

**Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen:**

Bluthochdruck	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Krebskrankung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Magen/Darmerkrankung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Tuberkulose/ HIV (Aids)	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Asthma	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>

**Sind Allergien/ Unverträglichkeiten bekannt?**

Gegen Medikamente

**Nein** **Ja** 

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Andere Allergien/ Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen oder längere Krankenhausaufenthalte? Nein  Ja** 

Wenn ja, welche und wann?

---



---



---

**Rauchen Sie?****Nein** **Ja** 

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich bzw. wie lange haben sie einmal geraucht?

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Besitzen Sie einen Impfausweis?****Nein** **Ja** 

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

**Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?**

Medikament	morgens	mittags	Abends

**Leidet jemand aus Ihrer Familie (Eltern/Geschwister) an folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck

**Nein** **Ja** 

Herzinfarkt

**Nein** **Ja** 

Blutzuckerkrankheit

**Nein** **Ja** 

Schlaganfall

**Nein** **Ja** 

Krebskrankung

**Nein** **Ja** 

Psychische Erkrankungen

**Nein** **Ja** 

Andere Erkrankungen

**Nein** **Ja** 

Datum:

Unterschrift: