

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen und diesen zu Ihrem nächsten Arzttermin mitzubringen. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Vielen Dank.

Nachname: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Mobilfunk: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

- **Teilnahme Hausarztzentrierter Versorgung (HZV):** Nein Ja
- **Teilnahme Curaplan:** Nein Ja

Pflegegrad: Nein Ja Grad: _____

Patientenverfügung: Nein Ja

Vorsorgevollmacht/gesetzliche Betreuung: Nein Ja

Eingesetzte Person (Name, Anschrift, Telefonnummer): _____

- **Körpergröße:** _____ cm **Körpergewicht:** _____ kg
- **Rauchen Sie?** Nein Ja

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

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Nein Ja

Wenn ja, gegen welche? _____

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

Bitte bringen Sie diesen bei Ihrem nächsten Praxisbesuch mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

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

Wenn ja, welche und wann?

Leiden Sie unter einer oder mehreren der nachfolgenden Erkrankungen?

Asthma	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Anfallsleiden	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Diabetes mellitus	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Hauterkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
HIV (AIDS)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Krebserkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Lebererkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Long Covid	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Lungenerkrankung COPD	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Magen-/Darmerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Nierenerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tuberkulose	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Rheumaerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Gab oder gibt es schwere Erkrankungen in Ihrer Familie?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	morgens	mittags	abends

Datum: _____

Unterschrift: _____