

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hausärzte am Dohlberg

Facharztpraxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Peer Laubner
Dr. med. Hubertus Protz
Beate Schneider
Dr. med. Lena Metz
Dr. med. Florian Schumann

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

Krebserkrankung

Nein Ja

Psychische Erkrankungen

Nein Ja

Andere Erkrankungen

Nein Ja

Datum:

Unterschrift: