



Fragebogen zur erstmaligen Vorstellung

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Telefon:

Adresse:

Mobil:

PLZ, Stadt:

Versicherung:

E-Mail:

Auskunftsberechtigte und im Notfall zu unterrichtende Personen:

Name:

Tel:

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Nein	Ja	und zwar:
Hals-Nasen-Ohren-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunge und Bronchialsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislaufsystem (Blutdruckregulation etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauchorgane (Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz, Magen-Darm-Trakt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren und ableitende Harnwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut und Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skelett und Halteapparat (Wirbelsäule etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lymphabflussbahnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hormonelle Störungen (Diabetes mellitus, Fette etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien und Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spezielle Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Chemotherapie oder Bestrahlung durchgeführt worden oder geplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Platz für nähere Beschreibung über Art und Beginn der Therapie der Erkrankungen:

Aktueller Medikamentenplan:

Medikament:	morgens	mittags	abends	nachts

Noch ein paar Fragen zu Ihnen:

Familienstand:
Haben Sie Kinder?
Beruf:
Sind Sie Raucher?
Größe:
Gewicht:

Zu Ihrer Familie

Bestehen bei Ihren Eltern, Kindern oder Geschwistern Erkrankungen wie Herz-, Lungen-, Nierenerkrankungen, Bluthochdruck, hohe Blutfette, Gefäßerkrankungen oder Schlaganfall, Diabetes, Krebsleiden oder andere?
Wenn ja, welche?

Ich bin damit einverstanden, dass zur Vervollständigung meiner Krankenakte Vorbefunde von meinem vorherigen Hausarzt angefordert werden: Ja Nein

Bisheriger Hausarzt: _____ Telefon: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben:

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten oder der betreuenden Person