

## PATIENTENDATEN

Name Vorname

Titel / Namenszusatz Geburtsdatum

Straße, Nummer PLZ Ort

Telefon mobil E-Mail Adresse

Beruf

## MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

**Allergien:**  Keine  Medikamente, wenn ja welche?  
 Röntgenkontrastmittel (Jod)  
 Sonstige, wenn ja welche?

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Nein  Ja , Schwangerschaftswoche:

**Stillen Sie?**  Nein  Ja

### Chronische Krankheiten:

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten
<input type="checkbox"/> Art. Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen- oder Darmkrankheit
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Colonkarzinom (Darmkrebs)
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Anderer Krebs / Tumorleiden:	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale / COPD (Chron. Bronchitis)		

**Rauchen Sie**      Ja      Nein

**Größe und Gewicht (wichtig für die Dosierung von Medikamente):**

Größe:              cm                      Gewicht:              kg

**Familienanamnese (welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie aufgetreten?)**

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)                      bei wem?

Herzinfarkt/KHK                      bei wem?

Schlaganfall                      bei wem?

Colonkarzinom (Darmkrebs)                      bei wem?

Anderer Krebs / Tumorleiden:                      bei wem?

Art. Hypertonie (Bluthochdruck)                      bei wem?

Sonstige:                      bei wem?

**Meine Dauermedikamente**      Keine              Morgens              Mittags              Abends              Zur Nacht

## IHRE ÄRZTE

Bisheriger Hausarzt:

Orthopäde:

Gynäkologe:

Urologe:

Hautarzt (Dermatologe):

Kardiologe:

Augenarzt:

Sonstige:

## KRANKENVERSICHERUNG

Versicherungsstatus:

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

Versicherung:

## GRUND FÜR DEN AKTUELLEN BESUCH

Ich suche neuen Hausarzt / Hausärztin

Ich komme auf Überweisung zur Untersuchung / Therapie

Vertretungsfall (mein Hausarzt ist nicht erreichbar)

Sonstige:

**Meine aktuellen Beschwerden:**

## WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

persönliche Empfehlung durch andere Patienten

Gelbe Seiten (groß, überregional)

Praxis gesehen und Interesse bekommen

Gelbe Seiten (klein)

Empfehlung durch andere Ärzte

Telefonbuch (groß)

Internet: [www.hausarztpraxis-winkelmann.de](http://www.hausarztpraxis-winkelmann.de)

Das Örtliche (regionales Telefonbuch)

Sonstige:

**VIELEN DANK!**