

Interner Patienten-Fragebogen der Praxis Stiepak/Nawrot/Schurig

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihre Ärzte ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte für uns sehr wichtig. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich.

Die Angaben sind natürlich freiwillig.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird unser Praxisteam Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Sind Ihre Kontaktdaten aktuell?

Name, Vorname	
Straße, Ort	
Telefon	
Handy (SMS)	
E-Mail	
Beruf	

Aktuelle Körpergröße und Gewicht?

Körpergröße		cm
Körpergewicht		kg
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie im DMP eingeschrieben? (Diabetes, Asthma, COPD, KHK)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im Facharztprogramm eingeschrieben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Krankheitshäufungen in der Familie?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Schlaganfälle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:

Haben Sie Implantate, künstliche Herzklappen, Stents oder einen Herzschrittmacher?

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
--	--

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
	<u>BITTE WENDEN</u>

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Erkrankungen des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:
HIV bzw. Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erläuterung:

Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge?

<u>Gynäkologie ab 35 Jahren</u>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Arztes	
<u>Urologie ab 45 Jahren</u>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Arztes	
<u>Darmspiegelung</u>	
Männer ab 50 Jahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein , zuletzt?
Frauen ab 55 Jahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, zuletzt?

Vorsorgen:

Ich habe eine Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich habe eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich habe einen Organspendeausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Pflegestufe?	<input type="checkbox"/> Ja Grad <input type="checkbox"/> Nein
Einen Grad der Behinderung , wenn ja wie viel Grad?	<input type="checkbox"/> Ja Grad <input type="checkbox"/> Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum und Unterschrift

Vielen Dank, Ihr Praxisteam