

**Liebe Patientin, lieber Patient**

**Folgender Fragebogen dient zur Erfassung der wichtigsten Angaben über Ihre Person. Selbstverständlich werden alle Angaben gemäß der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. Dadurch verkürzt sich die Zeit bei der Anmeldung, wichtige Dinge wie Medikamentenallergien etc. werden nicht übersehen und es bleibt mehr Zeit für Ihr eigentliches Anliegen.**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Schwerbehinderung (%): \_\_\_\_\_

Notfallkontakt/ Angehörige: \_\_\_\_\_

Vorheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Erwerbstätig? [ ] ja / [ ] nein

Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_ Stunden; Überwiegend [ ] Geistig / [ ] Körperlich ; [ ] Stehend / [ ] Sitzend

Firma: \_\_\_\_\_ Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme (nur regelmäßig eingenommene Medikamente):**

**Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Migräne):**

**Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B, C, HIV, etc.):**

**Operationen/Krankenhausaufenthalte (z.B. Entfernung des Bilddarms 1998 oder Herzinfarkt 2002, etc.):**

**Allergien (Medikamente (z.B. Penicillin), Lebensmittel, Schmuck, etc.):**

**Zigarettenkonsum (seit wann und wie viel (z.B. 1/2 Schachtel/Tag seit 1997) oder bis wann):**

**Alkoholkonsum (ja/nein, wie viel pro Tag/ Woche- ungefähre Angabe):**

**Krankheiten bei Familienangehörigen (z.B. Vater hat Bluthochdruck):**

**Impfungen/ durchgemachte Kinderkrankheiten  
(soweit möglich bitte immer Impfausweis zum Arztbesuch mitnehmen):**

**Nur für Frauen:**

Erste Regelblutung in welchem Alter:

Zyklus regelmäßig: (ja/nein)

Einnahme der Pille/ andere Empfängnisverhütung (z.B. Spirale):

Regelmäßige gynäkologische Vorsorge: (ja/nein)

Anzahl Schwangerschaften und Geburten, gab es Komplikationen:

Bei welchem Frauenarzt sind sie ?

**Nur für Männer über 35 Jahren:**

Regelmäßige urologische Vorsorge: (ja/nein)

**Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung?**

**Treiben Sie regelmäßig Sport? Wie oft pro Woche? Welche Sportart?**

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem §73 Abs. 1b SGB V**

**Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt zum Zwecke der Weiter- oder Mitbehandlung erforderliche Behandlungsdaten und Befunde an den mitbehandelnden Arzt weitergeben kann.**

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe**

**Ihr Praxisteam**