

Patientenfragebogen

Name: _____ Beruf: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Ich bin damit einverstanden,
per Telefon / SMS / Email an
anstehende Termine /
Vorsorge-
termine / Impfungen erinnert
zu werden. Ja Nein

Als neue Patientin / neuen Patienten heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich
willkommen! Um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu gewinnen,
bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich
erscheinen, werden wir Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten
werden der Schweigepflicht gemäß von uns streng vertraulich behandelt.

Sind bei Ihnen oder Verwandten Vorerkrankungen bekannt? Welche genau?

	Bei Ihnen	Bei den Eltern	bei Geschwistern
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht / Harnsäurestoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankung / Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung / Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

