

Fragebogen zur Erstaufnahme und zur Gesundheitsuntersuchung

Datum:

Name: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Geb. Datum: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
---	--	---

1. Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen selbst oder Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen bekannt sind oder waren:

	Bei mir	Verwandte 1. Grades
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen (Krebs)	<input type="checkbox"/> welche? <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> welche? <input style="width: 100px;" type="text"/>
Sonstige chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/> welche? <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> welche? <input style="width: 150px;" type="text"/>

2. Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?

<input type="checkbox"/> Nein						
<input type="checkbox"/> Ja: Bringen Sie bitte den Medikamentenplan mit, den Sie von uns oder einem anderen Arzt bekommen haben. Sollten Sie keinen Plan besitzen, tragen Sie Ihre aktuellen Medikamente bitte in die folgende Tabelle ein:						
Name des Medikaments	Stärke (z.B. 200mg)	Warum nehmen Sie es ein?	Mor gens	Mitt ags	Abe nds	Nach ts
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mehr Medikamente nehmen, sollten Sie sich unbedingt einen Plan geben lassen!

3. Bitte geben Sie, falls vorhanden, Allergien und Unverträglichkeiten an:

4. Um unsere Daten immer aktuell zu halten, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Telefonnummer: <input style="width: 150px;" type="text"/>	Handynummer: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Größe: <input style="width: 80px;" type="text"/>	Gewicht: <input style="width: 120px;" type="text"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja, Wie viel am Tag? <input style="width: 40px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Beruf: <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arbeitend <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Berentet
Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> Alleinlebend <input type="checkbox"/> in Partnerschaft <input type="checkbox"/> mit Familie
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Ja (Welchen Grad? <input style="width: 40px;" type="text"/>) <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Grad der Behinderung? (GdB)	<input type="checkbox"/> Ja (Welchen Grad? <input style="width: 40px;" type="text"/>) <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen, falls vorhanden(z.B. „B“, „G“ <input style="width: 40px;" type="text"/>)
Haben Sie einen Organspendeausweis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? Falls ja: Name und Telefonnummer der bevollmächtigten Person:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Hatten Sie schon eine Darmspiegelung?	<input type="checkbox"/> Ja (Wann? <input style="width: 40px;" type="text"/>) <input type="checkbox"/> Nein
Gehen Sie regelmäßig zu Früherkennungsuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Frauenarzt <input type="checkbox"/> Urologe <input type="checkbox"/> Hautarzt <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Nehmen Sie bereits am Hausarztmodell (HzV) teil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular sowie Ihren Impfausweis (wenn Sie mehrere haben, dann alle) zur nächsten Sprechstunde mit.