

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Hausarzt: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Sozialanamnese:

Familienstand: _____ Kinder: Nein Ja Anzahl: _____

Beruf: _____ Sport: _____

Pflegegrad: _____ Grad der Behinderung: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Raucher/in: Nein Ja Anzahl: _____

Allergien: Nein Ja Welche: _____

Welche Medikamente nehmen Sie:

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Spritzen Sie Insulin? Nein Ja welches? _____

Welchen Pen benutzen Sie? _____

Welches Blutzuckergerät benutzen Sie? _____

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> | Herzerkrankungen | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen in den Beinen | <input type="radio"/> |
| Zuckerkrankheit/Diabetes | <input type="radio"/> | Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> |
| Augenerkrankungen/Brille | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> | Thrombose/Lungenembolie | <input type="radio"/> |
| Blutungsstörungen/Bluterkrankungen | <input type="radio"/> | Lebererkrankungen | <input type="radio"/> |
| chronische Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> | Lungenerkrankungen (Asthma/COPD) | <input type="radio"/> |
| Psychische Erkrankungen: | <input type="radio"/> | Krampfleiden/neurologische Erkrankungen | <input type="radio"/> |
| Operationen/Unfälle | <input type="radio"/> | welche: _____ | |

Sonstiges: _____

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie Krankheiten bekannt? Nein Ja

Welche: _____

nächster Angehörige/r: _____

Ich willige ein, dass die Praxis Dres. med. Schmidt & Kollegen in meinem Namen, Befunde und Briefe an Ärzte versenden und diese auch von behandelnden Kollegen anfordern darf.

Nein Ja

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

Ihr Praxisteam

Unterschrift Patient