

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