

Aufnahme-Fragebogen

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Seit wann bestehen diese?

Welche der folgenden Erkrankungen sind bei Ihnen schon bekannt?

- ☐ Erhöhter Bluthochdruck
- ☐ Asthma
- ☐ Magenerkrankungen
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Darmerkrankungen
- ☐ Chronische Bronchitis / COPD
- ☐ Schlafapnoesyndrom
- ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- ☐ KHK / Herzinfarkt
- ☐ Operationen. (Welche?)

- ☐ sonstige Erkrankungen:

Hier noch einige allgemeine Fragen:

Bitte nennen Sie uns Ihre Größe: _____ cm Ihr Gewicht: _____ kg

Haben Sie Haustiere in der Wohnung? ☐ nein

☐ ja: _____

Rauchen Sie aktuell? ☐ nein ☐ ja, etwa _____ Zgt. täglich
Haben Sie früher geraucht? ☐ nein ☐ ja, bis vor _____ Jahren - etwa: _____
Zgt. täglich

Gesamtzahl der Jahre, die Sie rauchen oder geraucht haben: _____ Jahre

Sind Sie aktuell berufstätig? ☐ nein ☐ ja,

Beruf: _____

Welchen Beruf haben Sie früher ausgeübt: _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein: _____

Weitere Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden: _____

Unterschrift des Patienten _____

Bitte geben Sie den Fragebogen zusammen mit der Schreibunterlage und dem Stift am Empfang ab.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam