



Liebe Patientin, lieber Patient, Sie sind erste Mal in unsere Praxis. Um Sie besser kennen zu lernen und Ihnen in Ihrem Anliegen besser helfen zu können brauchen wir viel Information. Wir können Wartezeiten in der Praxis deutlich verkürzen, wenn solche Information vorab in Ihrer Kartei eingetragen wird. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in der Praxis oder zu Hause aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

1. Name, Vorname: _____

2. Beruf: Beschäftigt als _____ bei _____

3. Erreichbar unter: Telefon _____ oder E-Mail: _____

4. Ich bin beschwerdefrei und wünsche nur ein „Check up“: ja

5. Ich möchte an meine Termine erinnert werden: ja nein

6. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Lungenarzt Kardiologe Orthopäde Urologe Neurologe

Sonstiges _____

7. Frischen Sie bitte meine Impfungen auf: _____

8. Ich besitze einen Impfpass: Nein Ja

Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können. Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

9. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt: keine

Cholesterin zu hoch Ja Schlaganfall Ja

Bluthochdruck Ja Schwindelanfälle Ja

Herzkrankheit Ja Rheuma Ja

Magenerkrankung Ja Nierenerkrankung Ja

Diabetes Ja Hautkrankheit Ja

Schilddrüse Ja Asthma /chron. Bronchitis Ja

Diät Ja Anfallsleiden Ja

Hepatitis A / B /C Ja

Sonstiges: _____

10. Ich hatte folgende Operationen: Keine

Herz-OP: Ja	Mandeln	Ja <input type="radio"/>
Brust Ja	Schilddrüse –OP	Ja <input type="radio"/>
Gefäße-OP Ja	Blinddarm	Ja <input type="radio"/>
Gebärmutter Ja	Gallenblase-OP	Ja <input type="radio"/>
Krebs - OP Ja	Bruch-Op	Ja <input type="radio"/>

Sonstiges: _____

11. Bei mir sind folgende Allergien bekannt:

Penicillin, Medikamente*, Aspirin, Hausstaubmilben, Tierhaare,
 Nahrungsmittel, Blütenstaub, Metalle, Pflaster, Jod

Sonstiges: _____

*Wenn ja, welche? _____

12. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____
 Blutzuckerkrankheit ja bei wem? _____
 Schlaganfall ja bei wem? _____
 Krebs* ja bei wem? _____

*Wenn ja, welcher? _____

13. Vegetative Anamnese

Durst	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermehrt	<input type="radio"/> vermindert
Appetit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermehrt	<input type="radio"/> vermindert
Stuhlgang	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Verstopfung
Wasserlassen	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Brennen	<input type="radio"/> Startschwierigkeiten <input type="radio"/> nachts öfter
Nachtschwitzen	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermehrt	
Gewicht	<input type="radio"/> konstant	<input type="radio"/> Abnahme ___kg	<input type="radio"/> Zunahme ___kg

Größe _____ cm

Mir ist sehr oft kalt/warm nein ja

Ich schwitze übermäßig nein ja

Ich habe oft Kopfschmerzen nein ja

Ich habe Luftnot/Luftmangel: im Liegen bei Treppensteigen bei Aufregung

14. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:

ja* nein

*Wenn ja, welche und wie oft?

Liebe Patienten,

Wir möchten unsere Patienten individuell und optimal behandeln! Was möchten Sie?

Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Individuelle Gesundheitsleistungen, die in meinem Fall geeignet und sinnvoll sind.

Liebe Patienten,

uns interessiert es, wie Sie in unsere Praxis gekommen sind:

Telefonbuch Nach Empfehlung Annonce in der Zeitung Zufällig

Internet Gelbe Seite Mundpropaganda Sonstiges

Nutzen Sie das Internet? nein ja

Auf unserer Webseite informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team. Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben! Ihr Praxisteam

Dr. med. Andreas Schindler
Facharzt für Allgemeinmedizin



Telefon: 05532 99 46 637 | Telefax: 05532 99 46 671