

Liebe Patientin, lieber Patient

Folgender Fragebogen dient zur Erfassung der wichtigsten Angaben über Ihre Person. Selbstverständlich werden alle Angaben gemäß der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. Dadurch verkürzt sich die Zeit bei der Anmeldung, wichtige Dinge wie Medikamentenallergien etc. werden nicht übersehen und es bleibt mehr Zeit für Ihr eigentliches Anliegen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Name, Vorname: _____ geb.: ____ . ____ . ____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Pflegegrad: _____ Schwerbehinderung (%): _____

Notfallkontakt/ Angehörige: _____

Vorheriger Hausarzt: _____

Beruf: _____ Erwerbstätig? ☐ ja / ☐ nein

Wochenarbeitszeit: ____ Stunden; Überwiegend ☐ Geistig / ☐ Körperlich ; ☐ Stehend / ☐ Sitzend

Firma: _____ Beschäftigungsbeginn: ____ . ____ . ____

Medikamenteneinnahme (nur regelmäßig eingenommene Medikamente):

Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Migräne):

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B, C, HIV, etc.):

Operationen/Krankenhausaufenthalte (z.B. Entfernung des Bilddarms 1998 oder Herzinfarkt 2002, etc.):

Allergien (Medikamente (z.B. Penicillin), Lebensmittel, Schmuck, etc.):

Zigarettenkonsum (seit wann und wie viel (z.B. 1/2 Schachtel/Tag seit 1997) oder bis wann):

Alkoholkonsum (ja/nein, wie viel pro Tag/ Woche- ungefähre Angabe):

Krankheiten bei Familienangehörigen (z.B. Vater hat Bluthochdruck):

**Impfungen/ durchgemachte Kinderkrankheiten
(soweit möglich bitte immer Impfausweis zum Arztbesuch mitnehmen):**

Nur für Frauen:

Erste Regelblutung in welchem Alter:

Zyklus regelmäßig: (ja/nein)

Einnahme der Pille/ andere Empfängnisverhütung (z.B. Spirale):

Regelmäßige gynäkologische Vorsorge: (ja/nein)

Anzahl Schwangerschaften und Geburten, gab es Komplikationen:

Bei welchem Frauenarzt sind Sie ?

Nur für Männer über 35 Jahren:

Regelmäßige urologische Vorsorge: (ja/nein)

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung?**Treiben Sie regelmäßig Sport? Wie oft pro Woche? Welche Sportart?****Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem §73 Abs. 1b SGB V**

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt zum Zwecke der Weiter- oder Mitbehandlung erforderliche Behandlungsdaten und Befunde an den mitbehandelnden Arzt weitergeben kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam

Praxis Neustetten

Hauptstraße 11
72149 Neustetten
Tel.: 07472-26001
Fax: 07472-24797

Praxis Horb-Dettingen

Kreuzstraße 47
72160 Dettingen
Tel: 07482 – 229
Fax: 07482 – 525

Praxis Sulz-Dürrenmettstetten

Dorfstraße 15
72172 Dürrenmettstetten
Tel: 07482 – 229
Fax: 07482 – 525

E-Mail: praxis@landdocs-neckar.de