

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Da Sie heute das erste Mal in unserer Praxis sind, benötigen wir vorab einige wichtige Informationen von Ihnen. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Sie kennenzulernen und Sie besser betreuen zu können.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in der Praxis oder zu Hause aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung helfen.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Krankenkasse / Versicherung: _____ gesetzlich privat sonstige / Beihilfe
Geschlecht: weiblich männlich divers / keine Angabe
Anschrift: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____
Bisheriger Hausarzt: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich bei organisatorischen Rückfragen telefonisch oder per E-Mail kontaktieren darf: Ja Nein
Sind Sie bereits in einem Hausarztprogramm / HZV eingeschrieben? Ja Nein weiß nicht

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck
 Herzerkrankungen: Welche: _____
 Diabetes Mit Insulin Ohne Insulin
 Cholesterinwerte zu hoch
 Schilddrüsenerkrankungen Unterfunktion Überfunktion Knoten
 Asthma
 Chronische Bronchitis
 Magenerkrankungen Welche: _____
 Tumorerkrankungen Welche: _____
 Nierenerkrankungen Welche: _____
 Gicht
 Gelenk-Rheuma / Osteoporose
 Bandscheibenvorfall In welcher Höhe: _____
 Tuberkulose / Hepatitis / HIV
 Psychische Erkrankungen Welche: _____
 Anfallsleiden
 Schlaganfall
 Hautkrankheiten Welche: _____
 Andere Vorerkrankungen: _____

Wie steht es um Ihre Impfungen und Vorsorge?

Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Ja Nein

Wenn nicht, bringen Sie bitte zum nächsten Termin Ihr Impfbuch mit.

	Wann letztmalig erfolgt	Gab es auffällige Befunde?
Check-up (ab 35)		
Hautkrebsscreening (ab 35*)		
Darmspiegelung (ab 50)		
Männer-Vorsorge (ab 45)		

(*wird von einigen Krankenkassen bereits ab dem 18.-20. Lebensjahr erstattet)

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein

Ja, folgende Sportarten: _____

Wie oft pro Woche: _____

Gibt es dabei gesundheitliche Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wie sind Sie in unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung Internet Telefonbuch / Gelbe Seiten
 Zeitungsannonce Zufällig Sonstiges: _____

Nutzen Sie das Internet? Ja Nein

Auf unserer Homepage www.hausaerztehitdorf.de informieren Sie sich schnell über unser Leistungsspektrum, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam "Hausärzte Hitdorf"