

# Wartezimmer-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Wir möchten uns optimal um Ihre Gesundheit kümmern. Hierfür benötigen wir Ihre Krankengeschichte. Damit ersparen Sie sich und uns wertvolle Zeit und ermöglichen uns, Ihnen eine optimale Behandlungszeit zu bieten.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse & Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  getrennt

Versichertenstatus:  Mitglied  freiwilliges Mitglied  Familienmitglied  Rentner

Privatversicherung: Name: \_\_\_\_\_ Rechnung an: \_\_\_\_\_

## Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen?

Kurzsichtig  Weitsichtig  sonstiges \_\_\_\_\_

## Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Schilddrüsen-<br>erkrankung | <input type="radio"/> Erhöhte Blutfette<br>(z. B. Cholesterin) | <input type="radio"/> Nasen-Nebenhölen-<br>Erkrankungen | <input type="radio"/> Blasen-, Nieren-<br>erkrankungen |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung             | <input type="radio"/> Krampfadern                              | <input type="radio"/> Mandelentzündungen                | <input type="radio"/> Blasen/Nierensteine              |
| <input type="radio"/> Herzerkrankung              | <input type="radio"/> Durchblutungsstörung                     | <input type="radio"/> Mittelohrentzündungen             | <input type="radio"/> Gallensteine                     |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus           | <input type="radio"/> Augenerkrankungen                        | <input type="radio"/> Schwerhörigkeit                   | <input type="radio"/> Prostataleiden                   |
| <input type="radio"/> Gicht                       | <input type="radio"/> Krebserkrankung                          | <input type="radio"/> Heuschnupfen                      | <input type="radio"/> Thrombose                        |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck               | <input type="radio"/> Berufserkrankung                         | <input type="radio"/> Rückenschmerzen                   | <input type="radio"/> Schlaganfall                     |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankung            | <input type="radio"/> Kopfschmerzen                            | <input type="radio"/> Nacken/Schulterschmerzen          | <input type="radio"/> Rheuma                           |

**Hatten Sie schon Operationen / Unfälle? Wann?** \_\_\_\_\_

**Welche?** \_\_\_\_\_

## Gibt es bei Ihnen familiäre Vorerkrankungen (Eltern, Geschwister)?

(z.B. Diabetes mellitus, Herzinfarkt, M. Alzheimer, Epilepsie, Bluthochdruck, hohe Blutfette, Krebserkrankungen, Übergewicht, Schlaganfall, Schilddrüsenenerkrankungen, TBC, Asthma)

1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

## Haben Sie Allergien?

**Wenn ja, bitte auflisten:**

JA  NEIN

Allergiepass Vorhanden?  JA  NEIN \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN!

# Wartezimmer-Fragebogen

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

**Wenn ja, bitte auflisten:**

JA     NEIN

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine Medikamenten-unverträglichkeit?**

**Wenn ja, bitte auflisten:**

JA     NEIN

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

JA     NEIN

**Wie viele Zigaretten?**

\_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**

JA     NEIN

**Wenn ja welchen?**

\_\_\_\_\_

**Nur für weibliche Patientinnen**

**Geburten:**

\_\_\_\_\_

**Regel (Abstand, Dauer):**

\_\_\_\_\_

**Wechseljahre (Beginn):**

\_\_\_\_\_

**Ist bei Ihnen ausreichender Impfschutz vorhanden?**

JA     NEIN

**Sofern Sie einen Impfausweis besitzen, bringen Sie den beim nächsten Kontakt bitte mit.**

**Wenn Sie möchten, dass wir Ihre alte Krankenakte bei Ihrem ehemaligen Hausarzt bzw. Ihrer ehemaligen Hausärztin anfordern, informieren Sie bitte eine Mitarbeiterin des Praxisteam.**

**Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Pers. Empfehlung     Telefonbuch     andere Quelle: \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, von der Praxis an Impfungen, Vorsorgen oder wichtige Untersuchungen erinnert zu werden.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin

**Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Angaben.  
Ihr Praxisteam der Hausarztpraxis Bovenden Dr. Hornig - Dr. Sturhan**

**BITTE WENDEN!**