



ALLGEMEINMEDIZIN VILLA ROYAL UNGER & WENDLING

Liebe Patientinnen und Patienten,
um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, folgenden
Fragebogen vollständig auszufüllen.

Name:						
Vorname:						
Geburtsdatum:						
Adresse:						
Telefon:				Mobil:		
E-Mail:						
Familienstand:						
Beruf:						
Pflegegrad:	Nein	1	2	3	4	5
Schwerbehinderung:	Nein	Ja				
Amtliche Betreuung?	Nein	Ja				
Größe:				Gewicht:		
Haben Sie Allergien?	Nein	Ja				
Wenn ja, welche?						
Rauchen Sie?	Nein	Ja				
Alkohol?	Nein	Ja				
Drogen?	Nein	Ja				
Nehmen Sie an einem DMP teil?	Nein	Ja				
Wenn ja, an welchem?	Diabetes	KHK				
	Asthma	COPD				
Wenn ja, wo?						

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck	Nein	Ja
Herzerkrankungen	Nein	Ja
Herzinfarkt	Nein	Ja
Schlaganfall	Nein	Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein	Ja
Diabetes (Zucker)	Nein	Ja
Fettstoffwechselstörung	Nein	Ja
Tumorerkrankungen	Nein	Ja
Lebererkrankungen	Nein	Ja
Chronische Infektionskrankheiten	Nein	Ja
Blutungsstörungen	Nein	Ja
Bluterkrankungen	Nein	Ja
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein	Ja
Thrombose	Nein	Ja
Lungenembolie	Nein	Ja
Augenerkrankungen	Nein	Ja
Psychische Erkrankungen	Nein	Ja
Krampfleiden	Nein	Ja
neurologische Erkrankungen	Nein	Ja
Operationen/ Unfälle	Nein	Ja
Sonstiges	Nein	Ja

Aktuelle Medikamente

Gibt es einen Organspendeausweis? Nein Ja

Gibt es eine Patientenverfügung? Nein Ja

Gibt es einen Impfpass? Nein Ja

Wann war ihre letzte Impfung : _____

(Bringen Sie bitte Ihren Impfpass zum nächsten Termin mit)

Für Frauen

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen? Nein Ja

Für Patienten ab 35 Jahren

Wann war Ihr letzter Check-Up? _____

Wann war Ihr letztes Hautkrebsscreening? _____

Für Männer ab 45 LJ

Gehen Sie regelmäßig zum Urologen? Nein Ja

Für Patienten ab 50 Jahren

Wann war Ihre letzte Darmspiegelung? _____

Für Patienten ab 60 Jahren

Sind sie bereits gegen Pneumokokken geimpft? Nein Ja

Sind Sie bereits gegen Gürtelrose geimpft? Nein Ja

Bitte teilen Sie uns mit, welche Personen Sie von der Schweigepflicht entbinden: _____

Dürfen Ihre Daten bei Bedarf mit anderen Praxen / Laboren / Krankenhäusern geteilt werden? Nein Ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Allgemeinmedizin Villa Royal diese Daten in meiner Patientenakte zu speichern.

Datum

Unterschrift