

# PATIENTEN ERFASSUNGSBOGEN

Wenn Sie erstmals in unsere Praxis kommen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Informationen sind wichtig, damit wir uns auf Ihr Anliegen vorbereiten und Ihre Beschwerden entsprechend einschätzen können. Ideal wäre, wenn Sie uns den ausgefüllten Fragebogen noch vor Ihrem Termin bei uns per Post, FAX oder E-Mail zusenden.



Name	Beruf
Vorname	Krankenkasse
Straße, Nr.	selbst versichert oder über:
PLZ, Ort	Vater Mutter
Geb.-Datum	Ehemann Ehefrau
Telefon privat	Name
Telefon dienstlich/mobil	Vorname
E-Mail	Geb.-Datum

Welche Beschwerden/Anliegen haben Sie und seit wann?

---



---



---

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? z.B.

Bluthochdruck	ja	nein
Diabetes mellitus	ja	nein
Herzrhythmusstörungen	ja	nein
Hohe Blutfettwerte	ja	nein
Hohe Harnsäure (Gicht)	ja	nein
Infektionserkrankungen	ja	nein
Koronare Herzerkrankung	ja	nein
Lebererkrankungen	ja	nein
Nierenerkrankungen	ja	nein
Psychische Erkrankungen	ja	nein
Rheuma	ja	nein
Schilddrüsenerkrankungen	ja	nein
Schmerzen	ja	nein
Stoffwechselerkrankungen	ja	nein
Bewegungsapparat	ja	nein
Operationen/Unfälle	ja	nein

Andere:

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

-----  
 -----  
 -----  
 -----

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

-----  
 -----  
 -----

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

-----

Internet/Suchmaschinen? ja nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Datum, Unterschrift