



GEMEINSCHAFTSPRAXIS WEISENAU

Ihre Fachärzte für Allgemeinmedizin

Gemeinschaftspraxis Weisenau, Göttelmannstraße 2b, 55130 Mainz

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ (TT.MM.JJJJ)

Telefon /Handy:

E-Mail:

Beruf:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Bitte zutreffendes ankreuzen

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/ neurol. Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja wie viel: nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

.....

- Andere Allergien:

Name, Vorname: _____

Wie groß sind Sie: cm Wie viel wiegen Sie: kg
Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja
Darmspiegelung Nein Ja

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja
Herzerkrankungen Nein Ja
Schlaganfall Nein Ja
Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja
Zuckererkrankung/ Diabetes mellitus Nein Ja
Tumorerkrankungen Nein Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankung Nein Ja
Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.
Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Termine sind mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, sollte dies nicht der Fall sein, behalten wir uns vor, eine Entschädigungsgebühr von mindestens 50,00 € in Rechnung zu stellen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....

Datum, Unterschrift