

## SELBSTAUSKUNFTSBOGEN

### Liebe Patientinnen und Patienten!

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

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Seit wann? Nähere Angaben

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	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	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Leberkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	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/neurolog. Erkrankungen	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? Nein  Ja  Gelegentlich

Falls ja wie viel: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

– Gegen Medikamente? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Falls ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

– Andere Allergien? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

### Sozialanamnese

Familienstand: ledig  verheiratet  alleinstehend  verwitwet

Kinder: \_\_\_\_\_

Gelernter Beruf: \_\_\_\_\_ Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_

arbeitslos gemeldet? Nein  Ja

nicht berufstätig? Nein  Ja

Minijob? Nein  Ja

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

Sport (was, wie oft?): \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein  Ja

Herzerkrankungen Nein  Ja

Schlaganfall Nein  Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein  Ja

Zuckerkrankheit/Diabetes Nein  Ja

Krebserkrankungen Nein  Ja

Blutungsstörungen/Thrombosen Nein  Ja

Behindertengrad: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung Nein  Ja

Angehörige/Vertrauenspersonen denen wir Ihre Unterlagen aushändigen dürfen  
(z.B. Rezepte, Überweisungen..)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

---

---

### 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 gleichen Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir danken für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_