**Liebe Patientin, lieber Patient!
Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.**

Name,Vorname:.............................................................................................................
Geburtsdatum:...............................................................................................................
Beruf: ............................................................................................................................
Telefon:................................................Handy:.............................................................
E-Mail:............................................................................................................................

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

Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck Nein □ Ja □ …................................................
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein □ Ja □ …................................................
Herzerkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
Schlaganfall Nein □ Ja □ …................................................
Durchblutungsstörungen der Beine Nein □ Ja □ …................................................
Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein □ Ja □ …................................................
Fettstoffwechselstörungen Nein □ Ja □ …................................................
Tumorerkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
Lebererkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
Chronische Infektionskrankheiten Nein □ Ja □ …................................................
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) Nein □ Ja □ …................................................
Thrombose oder Lungenembolie Nein □ Ja □ …...............................................
Augenerkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
Psychische Erkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
oder fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten vier Wochen** deutlich beeinträchtigt durch...
Plötzliches Gefühl der Angst oder Panik (Angstattacke) Nein □ Ja □
wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten Nein □ Ja □
Niedergeschlagenheit, depressive Gefühle oder Hoffnungslosigkeit Nein □ Ja □
nervliche Anspannung , Ängstlichkeit, Nein □ Ja □
Gefühl aus dem seelischen Gleichgewicht zu sein

Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen Nein □ Ja □ …................................................
Operationen/Unfälle Nein □ Ja □ …................................................
Sonstiges Nein □ Ja □ …................................................

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: ................................ nicht mehr seit:...........................
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel: …................................................
 Haben Sie daran gedacht , das Sie weniger Alkohol trinken sollten Nein □ Ja □
Nehmen Sie Drogen (Hasch, Speed, Morphium o.ä) Nein □ Ja □

Haben Sie Allergien? Nein □ Ja □
- Gegen Medikamente? Nein □ Ja □
- Wenn ja, gegen welche?.......................................................................................................
- Andere Allergien:...................................................................................................................
Wie groß sind Sie:.....................................cm Wieviel wiegen Sie:.............................
Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein □ zu □ ab □
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**Herzkatheter Nein □ Ja □
Darmspiegelung Nein □ Ja □

**Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis 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, Bluterkrankungen Nein □ Ja □
Thrombose oder Lungenembolie Nein □ Ja □

**Sozialanamnese**

Familienstand.................................... Kinder........................................................................
Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht □ alleiniges Sorgerecht □ Vater □ Mutter □
Sport(was, wie oft?)..............................................................................................................
Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?
…...................................................................................................................................................

**Einverständniserklärung**

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?
Nein □ Ja □ Telefonisch Nein □ Ja □
 Email Nein □ Ja □
 Postkarte Nein □ Ja □

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin, um lange Wartezeiten vermeiden zu können.
Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls
erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.
Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten
können.
Wir danken Ihnen für Ihre Mühe**

...............................................................

Datum, Unterschrift