

Neupatientenfragebogen



Name, Vorname: _____ Versichertenstatus: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Größe: Gewicht: Allergien:

Rauchen Sie? JA NEIN An wie vielen Tagen der Woche trinken Sie Alkohol?

Haben Sie Gewicht verloren? JA NEIN Ist ihr Impfstatus aktuell? JA UNKLAR

Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern Erkrankungen wie Zucker, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs bekannt: JA NEIN

Wenn JA, welche:

Sind andere Erkrankungen in der Familie bekannt:

Sind Sie bei Fachärzten in Behandlung? Wenn ja, bei welchen und weshalb:

.....

Liegen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor?

Herz Thrombose Schilddrüse Zucker

Bluthochdruck Lunge/Asthma/COPD Krebs Magen/ Darm

Niere Infektionen Leber Blut

Psychische Erkrankungen Gelenke/Knochen/Rheuma

Andere Erkrankungen:

Haben Sie Implantate, einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? JA NEIN

Wurde schonmal eine Darmspiegelung oder Magenspiegelung durchgeführt? JA NEIN

Wenn JA, wann und wo:

Wurden Sie schonmal operiert? Wenn ja, an welchem Organ, wann und in welchem

Krankenhaus:

Sind Sie an der hausarztzentrierten Versorgung interessiert? JA NEIN

Sind Sie an Check-up Untersuchungen interessiert? JA NEIN Wann war die letzte?