

**Liebe Patientin, lieber Patient!**

Herzlich willkommen in meiner Praxis! Um Sie optimal zu betreuen, bitte ich Sie folgenden Patientenbogen auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum:.....  
Adresse: .....  
Beruf:.....  
Familienstand: .....  
Kinder: ja/nein.....Kinder  
TEL.-Nr: .....  
Handy-Nr: .....  
E-mail: .....

Sind Sie bei einem anderen Hausarzt im „Hausarztprogramm“ eingeschrieben?  
Ja / Nein

Körpergröße:.....  
Gewicht: .....

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche? .....  
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  
Wenn ja, welche? .....  
Rauchen Sie ? ja/ nein , wie viel pro Tag .....  
Seit wann?.....nicht mehr seit .....  
Trinken Sie Alkohol? ja/ nein  
Was?.....Gläser/Flasche pro Woche

**Kinderkrankheiten:** Masern ja/nein Mumps ja/nein  
Röteln ja/nein Scharlach ja/ nein Keuchhusten ja/ nein  
Windpocken ja/ nein

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

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen/ Hypercholesterinämie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

- Schlaganfall Ja  Nein
- Krampfleiden Ja  Nein
- Kopfschmerzen, Migräne Ja  Nein
- Erkrankungen der Wirbelsäule/ Gelenke Ja  Nein
- Thrombose, Lungenembolie Ja  Nein
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD, Tbc) Ja  Nein
- Nierenerkrankung Ja  Nein
- Erkrankungen der Leber und Gallenwege  
(Fettleber, Leberzirrhose, Gallensteine) Ja  Nein
- Hauterkrankungen Ja  Nein
- Chronische Infektionen Ja  Nein
- Gefäßerkrankung/ paVK Ja  Nein
- Tumorerkrankungen Ja  Nein
- Blutungsneigung, Gerinnungsstörung Ja  Nein
- Augenerkrankungen (grauer oder grüner Star) Ja  Nein
- Psychische Erkrankungen (Depression, Angststörung) Ja  Nein

**Operationen:**

Sind Sie schon einmal operiert worden und wenn ja, wann und weshalb?

.....

.....

.....

.....

.....

**Medikamente:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wie oft?


**Erkrankungen in der Familie:**

- |   |   |
|---|---|
| Bluthochdruck                                   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit                                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörungen/ Hypercholesterinämie | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt           | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall                                    | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen                               | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

**Würden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

- Gesundheitsuntersuchung/ Check up ja/ nein, wann?.....
- Hautkrebsvorsorge-Untersuchung ja/nein, wann?.....
- Herzkatheteruntersuchung ja/ nein, wann?.....
- Darmspiegelung ja/nein, wann?.....

**Besitzen Sie einen Impfausweis? Bitte bringen Sie ihn bei Ihrem nächsten Termin mit! Wir überprüfen ihn gerne für Sie!**

**Einverständniserklärung:**

Dürfen wir Sie an wichtige Termine (Check-up, Impfungen, Hautkrebsscreening, Krebsvorsorgeuntersuchung) erinnern? Ja  Nein

**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.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

---

**(Ort, Datum)**

---

**(Unterschrift)**