



Persönliche Daten

Vorname		Nachname	
Adresse			
Geburtsdatum			
Telefon		Mobil	
e-mail			
Größe	cm	Gewicht	kg

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor 3 Jahren haben Sie bereits eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. In der Zwischenzeit sind eventuell gesundheitliche Veränderungen bei Ihnen aufgetreten. Deshalb möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.

Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Operationen:

Wurden Sie in den letzten 3 Jahren operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

Sind chronische Erkrankungen hinzugetreten? [z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankung, Asthma, hohe Blutfettwerte/Cholesterin, Schlaganfall etc]

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Bitte auch Vitaminpräparate oder Nahrungsergänzungsmittel angeben.

	morgens	mittags	abends
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis? Ja Nein

Rauchen Sie? _____ Ja Nein Wenn ja, wie viel Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie Alkohol? _____ Ja Nein

Wenn ja, wieviel? _____ [täglich/wöchentlich/gelegentlich]



Sind bei Ihnen Allergien (auch Medikamentenallergien) bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und welche?

Welche Krankheiten sind Ihnen bei Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?

(z. B. Schlaganfall, Herzkrankheiten, Diabetes, Krebs etc)

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Mitbehandlung? Wenn ja, bei welchen?

Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsvorsorge („Check-up 35“) durchgeführt?

Sozialanamnese:

Familienstand: mit Partner lebend verheiratet alleinstehend / verwitwet

Beruf: _____ arbeitstätig berentet

Kinder: _____

Freizeitaktivitäten:

Sport: (Wenn ja, welcher und wie oft?) _____

Andere: _____

Einverständniserklärung:

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen („Check-up 35“ alle 3 Jahre) und Impfungen. Damit Sie nicht daran denken müssen, erinnern wir Sie gerne schriftlich oder mündlich, dass der nächste Vorsorge- oder Impftermin ansteht.

Sie können uns selbstverständlich jederzeit mitteilen, wenn Sie nicht mehr an unserem Recallprogramm teilnehmen wollen.

Falls Sie noch Fragen zu diesen oder anderen Angeboten der Praxis haben, z. B. Individuelle GesundheitsLeistungen (IGEL), fragen Sie uns, wir beraten Sie gerne.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin Ihren Impfpass mit! Vielen Dank für Ihre Mühe! Ihr Praxisteam