



Persönliche Daten

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

Liebe Patientin, lieber Patient,

medizinische Behandlung ist sehr individuell. Um Sie optimal behandeln zu können, bitte ich Sie, folgenden Fragebogen zur Gesundheits- und Krankheitsvorgeschichte auszufüllen.

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

Operationen:

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Geben Sie auch Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel an.

	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]



Hausarztpraxis Oberstadt

Dres. med. Angela Minor und Martina Drinnenberg
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin

Am Rodelberg 10 / 55131 Mainz
Telefon 0 6131 / 48 95 60
www.hausarztpraxis-oberstadt.de

Sind bei Ihnen Allergien (auch Medikamentenallergien) bekannt?

Ja

Nein

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.

Bitte beachten Sie, dass wir aus organisatorischen Gründen Hausbesuche nur im unmittelbaren Umfeld der Praxis durchführen können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

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