

Fragebogen



innere medizine

DR. CHRISTINE BONELLI

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können benötigen wir einige Informationen über Sie. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens würden Sie uns sehr helfen. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN		
Nachname	Vorname	Titel
Geburtsdatum	Beruf	
Straße, Hausnr.		
PLZ	Ort	
Tel.:	email	
Krankenversicherung	SvNr.:	
Wir bieten Ihnen an, die Honorarnote direkt bei Ihrer Krankenkasse einzureichen. Wenn Sie dieses Service in Anspruch nehmen wollen, benötigen wir Ihre Bankverbindung.		
Bankinstitut		
IBAN		

HAUSARZT
Name
Ort

ALLERGIEN
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?

LEBENSSTIL		
Rauchen Sie?		
NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NICHT MEHR <input type="checkbox"/>
	Seit wieviel Jahren?	Seit wann nicht mehr?
	Wie viele Zigaretten/Tag?	
Wie oft trinken Sie Alkohol?		
kaum <input type="checkbox"/>	ca 2-3-mal/Woche <input type="checkbox"/>	(fast) täglich <input type="checkbox"/>
Körpermaße		
Körpergröße (cm)	Gewicht (kg)	

ERKRANKUNGEN

Welche der folgenden Erkrankungen haben oder hatten Sie? Bitte kreuzen Sie an.

Erkrankung	<input type="checkbox"/>	(seit wann)	Erkrankung	<input type="checkbox"/>	(seit wann)
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>		Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>		Osteoporose	<input type="checkbox"/>	
Gicht	<input type="checkbox"/>		Leberverfettung/-zirrhose	<input type="checkbox"/>	
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>		Gallensteine	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>		Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>		Magen/Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>		Gastritis	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>		Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	
Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>				
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>		sonstige?	<input type="checkbox"/>	
Gelenkschäden	<input type="checkbox"/>				

Wurden Sie schon operiert? Welche OP? Wann?

Gibt es in Ihrer nächsten Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen?

Übergewicht	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>		
Erbkrankheiten (welche?)	<input type="checkbox"/>		

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? (falls eine Liste vorliegt, nicht auszufüllen)

Medikament	mg	morgens	mittags	abends	nachts

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.