



Liebe Patienten,

Dieser Fragebogen soll helfen, Sie so gut und glücklich und so erfolgreich wie möglich zu behandeln, damit Sie bald wieder beschwerdefrei sind.

Wichtig sind besonders frühere Erkrankungen, durchgemachte Operationen und Medikamente, die Sie einnehmen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und geben Sie ihn an unserer Anmeldung oder noch besser bei Ihrem ersten Arztgespräch ab.

Im Rahmen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir nach Art. 32 DSGVO erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen getroffen. Hierzu gehört auch die Verpflichtung unserer Mitarbeiter auf die Vertraulichkeit und den Datenschutz.

Sie haben die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und stimmen mit Ihrer Unterschrift der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten zu.

Vielen Dank!

Bitte beantworten Sie bei Ihrem ersten Besuch folgende Fragen:

Nachname: _____

Vorname: _____

Titel: (*) _____

Geb.-Datum: _____

Strasse: _____ Haus-Nr: _____

Wohnort: PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: (*) _____ Fax(*) _____

Handy-Nr.:(*) _____

Email:(*) _____

Beruf:(*) _____

Arbeitgeber:(*) _____

Hausarzt:(*) _____

Mitvers. Vater/Mutter: _____

Krankenkasse: _____

Versichertenstatus: _____

Montabaur, _____

(Datum)

(alle mit (*) gekennzeichneten Felder müssen nicht ausgefüllt werden.)



Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____ was: _____
 Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Std. pro Woche? _____
 Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im welchem Monat? _____
 Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____
 Operationen / Bestrahlungen? ja / nein Wenn ja, welche (möglichst mit Jahreszahl) _____

Allergien: ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

Bluthochdruck	Thrombose	Schlaganfall	Herzinfarkt
Lebererkrankung	Schilddrüsenerkrankung	Diabetes	Asthma
Krebserkrankung	Hepatitis	HIV	

Sonstiges: _____

Treten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

Bluthochdruck	Thrombose	Schlaganfall	Herzinfarkt
Krebserkrankung	Diabetes mell.	Allergien	Asthma/COPD

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja / nein Verhütungsmittel (z.B. Pille)
 Welche? _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Möchten Sie über Vorsorgetermine, ausstehende Impfungen informiert werden? ja / nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja / nein

Schildern Sie Ihre Beschwerden. Wann treten sie auf? Seit wann bestehen sie? _____

Welche Schutzimpfungen haben Sie erhalten? _____

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie: Masern Mumps Röteln
 Windpocken Gelbsucht/Hep. A. Keuchhusten

Schlafen Sie ruhig? Ja / Nein
 Leiden Sie an Atemnot Herzklopfen Atemnot geschwollenen Beinen

Haben Sie Husten Auswurf
 Leiden Sie an Bauchschmerzen Durchfall Verstopfung

Haben Sie Beschwerden beim Wasser lassen ja / nein

Schweigepflichtsentbindung: Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Ich bitte sie, nachfolgenden Personen Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen: _____

_____ Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Montabaur, _____ Unterschrift des Patienten bzw. Betreuers _____