Praxis am Papenberge
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Dipl.med. Korinna Ebe
Dr.-med. Renata Klein

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Telefon: ..... Handy: .....

E-Mail: .....

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

			Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐	.....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein ☐	Ja ☐	.....
Herzerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein ☐	Ja ☐	.....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein ☐	Ja ☐	.....
Fettstoffwechselstörung	Nein ☐	Ja ☐	.....
Tumorerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Lebererkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Chronische Infektionskrankheiten	Nein ☐	Ja ☐	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein ☐	Ja ☐	.....
Thrombose o. Lungenembolie	Nein ☐	Ja ☐	.....
Augenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Psychische Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	Nein ☐	Ja ☐	.....
Operationen/ Unfälle	Nein ☐	Ja ☐	.....
Sonstiges	Nein ☐	Ja ☐	.....

Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel: ..... Nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel: .....

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

- Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐
- Wenn ja, gegen welche? .....
- Andere Allergien? .....

Praxis am Papenberge - Am Papenberge 1a - 38170 Schöppenstedt
Telefon 05332/947700 E-Mail: info@praxisebe.de

Praxis am Papenberge
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Dipl.-med. Korinna Ebe
Dr.-med. Renata Klein

Wie groß sind Sie: ..... (cm) Wieviel wiegen Sie: ..... (kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein ☐ zu ☐ ab ☐

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

.....

.....

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	Nein ☐	Ja ☐
Darmspiegelung	Nein ☐	Ja ☐

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein ☐	Ja ☐
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein ☐	Ja ☐
Herzerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
Schlaganfall	Nein ☐	Ja ☐
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein ☐	Ja ☐
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein ☐	Ja ☐
Tumorerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
Thrombose o. Lungenembolie	Nein ☐	Ja ☐

Sozialanamnese

Familienstand: ..... Kinder: .....

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht ☐ alleiniges Sorgerecht ☐ Vater ☐ Mutter ☐

Sport (was & wie oft?) .....

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

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.
Ich danke Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie **diesen Fragebogen** und **den Bogen bzgl. des Datenschutzes** am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

_____ Unterschrift: _____