Hausarztpraxis | Waldemar Gräb
Facharzt für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin und Chirotherapie

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir 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 ( ).....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein ( )	Ja ( ).....
Thrombose oder Lungenembolie	Nein ( )	Ja ( ).....
Augenerkrankungen	Nein ( )	Ja ( ).....
Psychische Ekrankungen	Nein ( )	Ja ( ).....
Krampfleiden / neurolog. Erkrankungen	Nein ( )	Ja ( ).....
Operationen / Unfälle	Nein ( )	Ja ( ).....
Sonstiges	Nein ( )	Ja ( ).....

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

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

Haben Sie Allergien? Nein ( ) Ja ( )

-Gegen Medikamente? Nein ( ) Ja ( )

-Wenn ja, gegen welche?.....

-Andere Allergien?.....

Wie groß sind Sie:..... cm Wieviel wiegen Sie: .....

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein ( ) zu ( ) ja ( )

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	Nein ( )	Ja ( )
Darmspiegelung	Nein ( )	Ja ( )

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.

Familienvorgeschichte

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	Nein ( )	Ja ( )
Schlaganfall	Nein ( )	Ja ( )
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein ( )	Ja ( )
Zuckererkrankung / Diabetes	Nein ( )	Ja ( )
Tumorerkrankungen	Nein ( )	Ja ( )
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein ( )	Ja ( )
Thrombose oder Lungenembolie	Nein ( )	Ja ( )

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

.....

Einverständniserklärung

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Nein ( ) Ja ( )

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen schnelleren Termin in unserer Praxis.

Wir bitten Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....

Datum, Unterschrift

Hausarztpraxis I Waldemar Gräb Schulstr. 58 45525 Hattingen

Telefon : 02324 - 51041 Fax : 02324 – 25727 Mail: kontakt@praxis-graeb.de Web: www.praxis-graeb.de

Sprechzeiten: Mo. - Fr. 8:00 – 11:00 Uhr, Mo., Di., Do. 15.00 -17:00 Uhr und nach Vereinbarung