

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Krankenkasse:** _____

Adresse: _____

Telefon (Handy und ggf. Festnetz): _____

E-Mail: _____

Sind Sie im Hausarztprogramm (HzV) eingeschrieben? _____

Bei welchem **Hausarzt** waren Sie zuletzt in Behandlung? _____

Risikofaktoren

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel und seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? _____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Trombose | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | |

Wenn „Ja“, welche: _____

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Haben Sie **Allergien**? _____

Ich nehme folgende **Medikamente** ein: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____