

# Patient\*nnen-Fragebogen

Bitte leserlich schreiben, wenn möglich in Blockbuchstaben. Vielen Dank!

Familienname: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Titel: .....  
Geschlecht: o weiblich o männlich o .....  
Krankenversicherung: ..... SV-Nr.: .....  
Mitversichert mit: .....  
SV-Nr. & Geburtsdatum: .....  
Dienstgeber (Name, Adresse): .....  
.....  
Zusatzversicherung: .....  
Adresse (PLZ, Ort, Straße): .....  
Telefonnummer: .....  
E-Mail: .....

Hausärztin / Hausarzt:

.....

Zuweiser (wenn nicht Hausarzt):

.....

Sind Allergien gegen Medikamente, Pollen, Gräser oder andere natürliche oder synthetische Substanzen bekannt?

.....

Rauchen Sie und wenn ja, wieviel pro Tag und seit wieviel Jahren?

.....

Körpergröße: ..... (cm) Körpergewicht: ..... (kg)

Medikament (z.B.: Acemin HCT 25 / 12,5mg)	Einnahme 08:00 – 14:00 – 17:00 – 20:00 z.B.: 1-0-1-0	Medikament	Einnahme

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen oder Infektionen (z. B. Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck, hohe Cholesterin- und Triglyzeridwerte, Hepatitis oder andere chronische Infektionen)?

.....  
.....  
.....

Hatten Sie früher schwere Erkrankungen oder Operationen (wenn erinnerlich mit Jahreszahl)?

.....  
.....  
.....

An welchen Beschwerden leiden Sie zurzeit?

.....  
.....  
.....  
.....

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen von Lunge oder Herz (z. B. Asthma, COPD, Lungenkrebs, Herzinfarkt)?

.....  
.....

Wann war Ihre letzte Gesunden- bzw. Vorsorgeuntersuchung?

.....

Sind Sie geimpft? Wenn nicht, haben Sie Interesse (z.B. Grippe, Pneumokokken, Zecken, Hepatitis etc.)?

.....  
.....

Schnarchen Sie laut und unregelmäßig, eventuell mit Atempausen? Leiden Sie an verstärkter Tagesmüdigkeit oder Sekundenschlaf?

.....

## Datenschutz

„Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen der Wahrheit entsprechen und dass die für die Administration und Behandlung erforderlichen persönlichen Daten inklusive sensibler Gesundheitsdaten im Sinne der aktuellen Datenschutz-Grundverordnung aufgenommen, bearbeitet, gespeichert und an Ärztinnen und Ärzte meines Vertrauens übermittelt werden dürfen.“

Datum: .....      Unterschrift: .....