

**Selbstauskunftsbogen**

**Liebe Patientinnen und Patienten!**

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: .....  
 Geburtsdatum: .....  
 Telefon Festnetz: ..... Mobil:.....  
 E-Mail: .....

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

Seit wann? Nähere Angaben

- |                                       |                               |                             |                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Bluthochdruck                         | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt          | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Herzerkrankungen                      | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Schlaganfall                          | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Durchblutungsstörungen der Beine      | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Zuckerkrankheit/Diabetes              | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Fettstoffwechselstörungen             | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Tumorerkrankungen                     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Leberkrankungen                       | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Chronische Infektionskrankheiten      | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Thrombose oder Lungenembolie          | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Augenerkrankungen                     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Psychische Erkrankungen               | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Operationen/Unfälle                   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Sonstiges                             | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: ..... |                               |                             | nicht mehr seit: .....                |
| Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | gelegentlich <input type="checkbox"/> |
| Falls ja wie viel:                    |                               |                             | .....                                 |
| Haben Sie Allergien?                  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| -Gegen Medikamente?                   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | .....                                 |
| Falls ja, gegen welche?               |                               |                             | .....                                 |
| -Andere Allergien?                    |                               |                             | .....                                 |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....

**Sozialanamnese**

Familienstand: ledig  verheiratet  alleinstehend  verwitwet

Kinder: .....

Gelernter Beruf: ..... Aktueller Beruf: .....

arbeitslos gemeldet?                      Nein     Ja

nicht berufstätig?                        Nein     Ja

Minijob?                                      Nein     Ja

Größe: .....cm    Gewicht: .....kg

Sport(was, wie oft?):.....

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck                              Nein             Ja

Herzerkrankungen                        Nein             Ja

Schlaganfall                                Nein             Ja

Durchblutungsstörungen der Beine    Nein             Ja

Zuckerkrankheit/Diabetes              Nein             Ja

Krebserkrankungen                        Nein             Ja

Blutungsstörungen/Thrombosen        Nein             Ja

**Behindertengrad:** ..... **Pflegegrad:** ..... **Pflegedienst:** .....

**Patientenverfügung**                      Nein             Ja

**Angehörige/Vertrauenspersonen denen wir Ihre Unterlagen aushändigen dürfen**

(z.B. Rezepte, Überweisungen..)

Vorname: ..... Nachname: .....

Vorname: ..... Nachname: .....

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

.....  
.....

**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 gleichen Tag.

**Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

Wir danken für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

**Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_