

ARZTPRAXIS

Aleksandra Schröter

ALLGEMEINMEDIZIN • HAUSARZTPRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.:	<input type="text"/>	E-Mail*:	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort:	<input type="text"/>	Größe in cm:	<input type="text"/>
Beruf / Tätigkeit*:	<input type="text"/>	Gewicht in kg:	<input type="text"/>

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wenn ja, wie oft / wie viel?	<input type="text"/>	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikamentenname oder Wirkstoff	morgens	mittags	abends	nachts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen / Unverträglichkeiten?

(bei Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsmitteln, bei Kontakt mit Tieren, Pflanzen / Pollen oder bestimmten Materialien)

Krankenhausaufenthalte / Operationen: (begrenzt auf die vergangenen 2 Jahre)

Einrichtung:	Art der Behandlung / Operationen:	wie lange / wann:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Erkrankungen:

	Nein	Selbst	Familie	Erläuterung
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Genitalerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kopfschmerz / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
psychische Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infektionskrankheit (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Wurde bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Darmspiegelung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann:	<input type="text"/>
Gesundheits-Check-up	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann:	<input type="text"/>

*freiwillige Angabe

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum:

Unterschrift: _____