



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

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

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Beruf:.....

Telefon:.....Handy:.....

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

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"/>	.....
Lebererkrankungen	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.....			.....

Rauchen Sie? Nein  Ja  wenn ja, wie viel? .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein  Ja  .....

Haben Sie einen Allergiepass? Nein  Ja

Bitte wenden



Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?      Nein       zu       ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

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

Treiben Sie Sport (was, wie oft?).....

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

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

**Bitte bringen Sie bei Ihrem nächsten Besuch Ihr Impfbuch mit.**

Bitte denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen, um einen Termin zu vereinbaren. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

**Bei akuten Infekten** bitten wir Sie nach wie vor eine FFP2-Maske während Ihres Praxisbesuchs zu tragen, um sich und andere zu schützen. Danke!

Wir bitten Sie, Termine möglichst frühzeitig abzusagen, falls Sie diese nicht einhalten können.

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

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....  
Datum, Unterschrift