



| PATIENTENERFASSUNGSBOGEN |

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis DRES. MED. VON BLITTERSDORFF

Fachärzte für Allgemeinmedizin - Innere Medizin - Endokrinologie

Wenn Sie das erste Mal zu uns in die Praxis kommen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus. Je mehr Informationen Sie uns geben, desto besser können wir uns auf Ihre Anliegen vorbereiten und Ihre Beschwerden besser einschätzen.

PATIENTIN / PATIENT	
Name	Beruf
Vorname	Krankenkasse
Straße, Nr.	<input type="radio"/> selbst versichert oder versichert über
PLZ, Ort	<input type="radio"/> Ehemann <input type="radio"/> Ehefrau <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter
Geb.-Datum	Name
Telefon (privat)	Vorname
Telefon (mobil/beruflich)	Geb.-Datum
eMail	

Welche Beschwerden / Anliegen haben Sie? Seit wann?

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? z. B.

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Koronare Herzerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hohe Blutfette | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hohe Harnsäure („Gicht“) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzrythmusstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Stoffwechselerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bewegungsapparat | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Infektionserkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Rheuma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Andere:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet / Google Ja Nein

.....
Datum, Unterschrift