

## Fragebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patienten und Patientinnen, nachfolgend finden Sie einen Fragebogen, der es uns erleichtern soll, Sie als Neupatient schneller und besser kennenzulernen. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Bitte bringen Sie alle Ihre Vorbefunde mit.

---

Name, Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....

Alter: .....  
Beruf: .....

Straße: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon / Mobilnummer: .....  
E-Mail Adresse: .....

Krankenkasse: .....

Größe: .....cm  
Gewicht: .....kg

**1. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen / Beschwerden?**

wenn ja, bitte ankreuzen:

- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Atemnot
- Atemwegserkrankungen
- Blutgerinnungsstörung
- Herzinsuffizienz
- Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Schlaganfall (Apoplex)
- Asthma /COPD
- Diabetes mellitus
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankung
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Depressionen
- sonstiges: .....

**2. Besteht eine Schwangerschaft ?** ja nein

wenn ja, welche Schwangerschaftswoche ? : .....

**3. Sind Ihnen Allergien bekannt ?** ja nein

wenn ja, welche ? : .....

**4. Erfolgten bei Ihnen bisher Operationen/Krankenhausaufenthalte?** ja nein

wenn ja, welche?:.....

**5. Sind Ihnen Erkrankungen in der Familie bekannt ?** ja nein  
(z.B. bei Mutter / Vater / Geschwistern / Großeltern)

Verstarb ein naher Verwandter unter 50 Jahren an einem Herzinfarkt? ja nein

Leidet ein Familienmitglied an Diabetes mellitus (Zucker) ? ja nein

Hatte sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet ? ja nein

Erlitt ein Familienmitglied an einem Schlaganfall ? ja nein

**6. Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren** ja nein  
**(über 2kg) ?**

wenn ja, aus welchem Grund ? : .....

**7. Erlitten Sie in den letzten 3 Wochen an einen grippalen Infekt ?** ja nein

#### **8. Lebensstil:**

Rauchen Sie ? wenn ja, wie viel ? ..... ja nein

Leiden Sie an Übergewicht ? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? wenn ja, wie viel ?..... ja nein

Essen Sie regelmäßig und ausgewogen? ja nein

Schlafen Sie ausreichend ? wie lange:..... ja nein

Treiben Sie Sport ? welchen?:..... ja nein

Haben Sie viel Stress ? Grund:..... ja nein

Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform ? ja nein

(z.B. Low Carb, vegetarisch, vegan) welche ? : .....

**9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?** ja nein

wenn ja, welche? :.....

*(gerne bringen Sie auch Ihren Medikationsplan / Aufschreibungen mit.)*

**10. Bisherige Impfungen:**

- Tetanus:.....
- Diphtherie: .....
- Tuberkulose: .....
- Windpocken: .....
- Hepatitis A / B: .....
- Poliomyelitis (Kinderlähmung): .....
- Pertussis (Keuchhusten):.....
- Masern, Mumps, Röteln (MMR):.....
- Varizellen (Windpocken):.....
- Gürtelrose (Herpes Zoster):.....
- Pneumokokken:.....
- FSME:.....

*Gerne können Sie uns auch einfach Ihren Impfpass zur Durchsicht mitbringen und abgeben.*

---

***! Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Untersuchungstag mit !***

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift