



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um ausreichend Zeit für das Gespräch über Ihre aktuellen Beschwerden zu haben, bitten wir Sie, ein paar Fragen vorab zu beantworten. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Falls der Platz nicht ausreicht benutzen Sie bitte die Rückseite.

Name:				Vorname:			
Telefon Festnetz:				Telefon Handy:			
E-Mail:				Beruf:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden				
Kinder:							
Größe:				Gewicht:			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wieviel am Tag?				
				Seit wieviel Jahren?			
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welchen?				
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?				

Wurden Sie schon einmal operiert? (Was, Wann?)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asthma/COPD
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> sonstiges	

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma/COPD

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Welche? Welche Dosis? Wann?)

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?  ja  nein  
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?  ja  nein

Bitte bringen Sie zur ersten Vorstellung Ihren **Impfpass** zur Überprüfung des Impfstatus u. ggf. Beratung (Regel- und Indikationsimpfungen) mit.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**