

Fragebogen

Name: _____ Datum: _____

Telefonnr.: _____ Mobil: _____

Faxnummer: _____ E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf (Schichtdienst ?): _____

Rentner/ In seit _____ Vorruhestand seit _____

NIKOTIN: _____

ALKOHOL: _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? NEIN JA, _____ %
GdB **Merkzeichen:** B BI G aG H RF

Pflegegrad? NEIN JA
 Grad 0 Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Gesetzliche Betreuung? NEIN JA, durch (Name) _____
(Tel.) _____

Versorgung: selbst Familie Pflegedienst Betreutes Wohnen Pflegeheim

Hilfsmittel: keine JA, welche _____

MEDIKAMENT	MORGENS	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

Bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum Arzttermin mit

Krankheiten / auch frühere Erkrankungen

Herz / Kreislauferkrankungen: _____

Venenerkrankung: _____

Stoffwechselerkrankung/ Diabetes: _____

Schilddrüsenerkrankung: _____

Lungenerkrankung: _____

Galle / Leber / Bauchspeicheldrüsenerkrankung: _____

Magen / Darmerkrankungen: _____

Nierenerkrankung: _____

Blase / Prostataerkrankung: _____

Gelenkerkrankungen: _____

Krebsleiden: _____

Augenerkrankungen: _____

Hauterkrankung: _____

Sind Allergien bekannt: _____

Andere Erkrankungen: _____

Sind schwerere Erkrankungen in der Familie bekannt ? : _____

Haben irgendwelche Operationen in Ihrem Leben stattgefunden? NEIN JA

Wenn ja, welche und wann (ungefähre Jahreszahl bitte angeben):

Bitten bringen Sie Ihre alten Arztberichte mit, wir scannen die wichtigsten ein und geben Ihnen die Originale zur Aufbewahrung zurück .

Vielen Dank für Ihre Mühe
Ihr Praxisteam