

Fragebogen für neue Patienten

Name: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Liegen bei Ihnen Allergien vor: nein ja und zwar folgende: _____

Rauchen Sie? Nein, noch nie Nicht mehr seit ____ Jahren Ja, ____ Zigaretten am Tag seit ____ Jahren

Wie oft trinken Sie Alkohol? nie jährlich monatlich wöchentlich täglich

Welche Krankheiten liegen bei Ihnen bekannt?

keine vorliegend

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Osteoporose

Koronare Herzerkrankung (KHK)

Schilddrüsenerkrankung: _____

Herzinfarkt (Jahr: _____)

Magen-Darm-Erkrankung: _____

Herzrhythmusstörung: _____

Krebserkrankung: _____

Herz-Schrittmacher (Jahr: _____)

mit Chemotherapie (Jahr: _____)

Herzinsuffizienz (Herzschwäche)

mit Bestrahlung (Jahr: _____)

mit Operation (Jahr: _____)

erhöhte Blutfette (Cholesterin)

Urologische Erkrankung: _____

Asthma bronchiale

Gynäkologische Erkrankung: _____

COPD

Schlaganfall oder TIA (Jahr: _____)

andere Lungenerkrankung: _____

Neurologische Erkrankung (z.B. Migräne, Parkinson, MS):

Corona-Infektion, zuletzt: _____

Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Ängste, Demenz):

stattgehabte Operationen: _____

Familiäres Risiko:

- Haben Ihre Eltern oder Großeltern im Alter unter 65 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten?

nein ja: _____

- Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen aufgetreten? Wenn ja welche?

nein ja: _____

- Sind in Ihrer Familie Diabetes, Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte oder andere chronische Erkrankungen aufgetreten?

nein ja: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, den Medikamentenplan habe ich beigelegt

ja, folgende: _____

Nehmen Sie dabei regelmäßig Blutverdünner ein?

nein ASS Marcumar Eliquis (Apixaban) Xarelto (Rivaroxaban) anderen: _____

Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben?

nein ja und zwar folgendes: _____

Befinden Sie sich in regelmäßiger gynäkologischer bzw. urologischer Krebs-Vorsorge? ja nein

Wann war die letzte Darmspiegelung? _____ noch nie erfolgt

Ich befinde mich aktuell noch bei folgenden Ärzten in medizinischer Behandlung (inkl. Fachrichtung):

Mein bisheriger Hausarzt bzw. meine bisherige Hausärztin war (inkl. Adresse): _____

Sind Sie beim Gehen auf Hilfsmittel angewiesen? nein ja Gehstock Rollator Rollstuhl

Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt? gar nicht einmal mehrmals

Wieviele Etagen schaffen Sie beim Treppensteigen ohne Anzuhalten?

mehr als 3 Etagen 3 Etagen 2 Etagen 1 Etage ich kann keine Treppen mehr steigen

(früherer) Beruf: _____ im Ruhestand arbeitslos

Familienstand: ledig liiert verheiratet verwitwet geschieden Kinder: _____

Sind Sie beim täglichen Waschen und Anziehen auf Hilfe angewiesen? nein ja

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor: nein ja, und zwar Pflegegrad _____

Kommt zu Ihnen regelmäßig ein Pflegedienst? nein ja und zwar _____ x/Tag

Müssen Sie sich regelmäßig um pflegebedürftige Angehörige kümmern? nein ja

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? nein ja

Besitzen Sie eine Vorsorge-Vollmacht? nein ja und bevollmächtigt ist: _____

Bitte denken Sie an das Mitbringen Ihres Impfausweises !