



Fragebogen für Neupatienten

Vorname, Name

Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Liebe Patientin, lieber Patient,

Danke, dass Sie sich mit Ihren Problemen an uns wenden! Wir werden versuchen, Ihren Bedürfnissen und Wünschen gerecht zu werden und Sie gut zu behandeln. Darum möchten wir uns zunächst anhand dieses Fragebogens und eines anschließenden kurzen Gesprächs über Ihre medizinische Vorgeschichte informieren. Nehmen Sie sich gerne etwas Zeit, unsere Fragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind freiwillig.

Bitte setzen Sie zunächst nur Kreuze. Die blau umrahmten Felder besprechen wir mit Ihnen persönlich.

Ich bin heute zur Vorsorge gekommen Ich habe bestimmte Beschwerden

Meine Beschwerden sind:

Dieses Feld füllen wir mit Ihnen gemeinsam aus

Lebensumstände:

alleine lebend <input type="checkbox"/>	(Ehe-)Partnerschaft <input type="checkbox"/>	Kinder(ein Kind)
verwitwet <input type="checkbox"/>	bei Eltern/ Kindern <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
berufstätig <input type="checkbox"/>	berentet <input type="checkbox"/>	arbeitslos <input type="checkbox"/>
treiben Sie Sport	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
haben Sie Haustiere	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
haben Sie Schlafstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ernährung:

Mischkost <input type="checkbox"/>	vegetarisch <input type="checkbox"/>	ich möchte abnehmen <input type="checkbox"/>
Krankheitsadaptierte Kost <input type="checkbox"/>	vegan <input type="checkbox"/>	ich möchte zunehmen <input type="checkbox"/>

Allgemeine Körperfunktionen:

		1	2	3	4	5	
Appetit	wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel
Trinkmenge	wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel
Verdauung	selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
Schwitzen	selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
Wasserlassen	selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig

Alkoholkonsum:

- Kein Alkohol
- Gelegentlich Alkohol
- Regelmäßig Alkohol

Nikotinkonsum:

- Raucher
- ehemals Raucher
- Nichtraucher

Drogenkonsum:

Krankheiten in der Familie (Eltern, Kinder, Geschwister):

- Diabetes mellitus
- Arterielle Hypertonie
- Nierenerkrankungen
- Herzkrankungen
- Schlaganfall
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Sonstige Krankheiten

Haben Sie Allergien?

- ja
- nein

Vorerkrankungen:

Herz:

- Koronare Herzkrankung
- Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Herzklappenfehler
- Herzschrittmacher
- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Thrombose
- Embolie
- Arterielle Verschlusskrankheit
- sonstige Herzkrankungen

Nieren/Harnwege:

- Niereninsuffizienz
- Nierensteine
- Nierenentzündungen
- Inkontinenz
- häufige Harnwegsinfekte
- häufiger Harndrang
- Prostatavergrößerung
- Nieren-Blasenkrebs
- sonstige Nierenerkrankungen

Lunge:

- Asthma
- COPD
- Häufig Husten
- Tuberkulose
- Schlafapnoe Syndrom
- Luftnot in Ruhe
- Luftnot bei Belastung
- Krebserkrankungen der Lunge
- Sonstige Lungenerkrankungen

Magen/Darm:

- Reflux
- Gastritis
- Magengeschwür
- Hämorrhoiden
- Polypen
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Krebserkrankungen
- Divertikel
- Sonstige Erkrankungen

Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetes mellitus Typ 1
- Fettstoffwechselstörung
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Sonstige Stoffwechselerkr.

Leber/Pankreas:

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Gallensteine
- Leberzirrhose
- Fettleber
- Pankreatitis
- Krebserkrankungen
- Sonstige Erkrankungen

Nervensystem:

- Schlaganfall
- M. Alzheimer
- Demenz
- Epilepsie
- MS
- Polyneuropathie
- M. Parkinson
- Restless Legs
- Migräne/Kopfschmerzen
- Carpaltunnelsyndrom
- Krebserkrankungen
- Sonstige Erkrankungen

Psychische Erkrankungen:

- Depression
- Angst
- Zwänge
- Schizophrenie
- Essstörung
- Sucht
- Suizidversuch
- Suizidgedanken
- sonstige Erkrankungen
- bitte nur Angaben
im pers. Gespräch

Orthopädie:

- Rückenschmerzen
- Schulterschmerzen
- Hüftschmerzen
- Hüft TEP
- Knieschmerzen
- Knie TEP
- Schmerzen in der Hand
- Schmerzen im Fuß
- Bewegungseinschränkungen
- Rheumaerkrankungen
- Sonstige Beschwerden

chronische Schmerzen

1 2 3 4 5

leicht stark

Andere Erkrankungen:

- Augenerkrankungen
- Kurzsichtig
- Weitsichtig

- Ohrenerkrankungen
- Schwerhörigkeit

Was möchten Sie, dass wir als Ihre Hausarztpraxis von Ihnen wissen?

Dieses Feld füllen wir gemeinsam aus

Falls Sie diesen Bogen bereits von zu Hause aus ausfüllen, bringen Sie uns diesen bitte zu Ihrem Termin mit in die Praxis, oder schicken Sie ihn uns gerne bereits zuvor per E-Mail an: info@praxiskipp.de oder per Post.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin mit: Ihre Versichertenkarte, Ihren Impfpass, Ihren Allergieausweis, Ihren Diabetes Pass, Ihre Blutdruck- und/oder Blutzuckertagesprofile, Schlaf- oder Schmerzprotokolle, Briefe und Unterlagen von Ärzten und Kliniken, die Sie bisher besucht haben, sofern vorhanden.

Vielen Dank,

Ihre Praxis Kipp in Igersheim
