

Liebe Patientin,

Lieber Patient,

Um Sie optimal hausärztlich betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Bitte bringen sie uns vor ihrem ersten Termin die Ihnen vorliegenden Unterlagen (Facharztbefunde, hausärztliche Befunde, EKGs usw.) vorbei, damit diese vorab vom Arzt durchgesehen werden können. Wenn sie in einem DMP-Programm eingeschrieben sind/waren, teilen sie uns dies bitte mit.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Wenn ja – Bitte Angabe seit wann?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Andere Herzerkrankungen Nein Ja

Herzschrittmacher Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Fettstoffwechselstörungen Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Lebererkrankungen Nein Ja

Chronische Infektionskrankheiten Nein Ja

Blutgerinnungsstörungen, anderweitige Bluterkrankungen Nein Ja

.....

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) Nein Ja

Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Augenerkrankungen Nein Ja

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Wenn ja: Sind sie in psychotherapeutischer Behandlung? Nein Ja

Krampfleiden Nein Ja

Andere neurolog. Erkrankungen Nein Ja

Operationen/Unfälle Nein Ja

Rückenleiden (Bandscheibenvorfall usw.) Nein Ja

Kniebeschwerden Nein Ja

Hüftbeschwerden Nein Ja

Rheumatische Erkrankungen Nein Ja

Schilddrüsenerkrankungen Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel: nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?.....

- Andere Allergien:.....

Wie groß sind Sie:.....cm

Wie schwer sind Sie:.....kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Magenspiegelung Nein Ja

Hautkrebsvorsorge Nein Ja

Brustkrebsvorsorge Nein Ja

Prostatakrebsvorsorge Nein Ja

Check Up (Gesundheitsuntersuchung) Nein Ja – wann zuletzt?.....

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckererkrankung/Diabetes mellitus Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Familienstand..... Kinder.....

Beruf.....

Für durch unsere Praxis behandelte Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht

Sport(was, wie oft?).....

Besteht eine Schwerbehinderung? Nein Ja

Besteht ein Pflegegrad? Nein Ja

Ihre Wünsche für ihren ersten Termin bei uns:

- Ich habe für den ersten Termin keine speziellen Anliegen, es geht nur darum, dass wir uns kennenlernen.
- Ich möchte einen medizinischen Sachverhalt besprechen, und zwar.....
- Ich möchte mehrere medizinische Sachverhalte besprechen, und zwar

Was uns für die Behandlung wichtig ist: Gute Medizin braucht Zeit, dies ist nur mit einer vernünftigen Planung zu gewährleisten. Wir sind deswegen eine reine Terminpraxis, führen aber täglich eine Notfallsprechstunde durch. Ohne Termin findet eine Behandlung nur in lebensbedrohlichen Notfällen statt!

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Telefon: 06821 / 62 58

E-Mail: schiffweiler@ammannbungert.de

Rezepttelefon: 06827 / 90 23 555

Denken Sie **auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.**

Wir bitten Sie, Termine immer abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bitte bringen Sie zur ersten Untersuchung Ihr Impfbuch (ggf. auch Marcumarpass, Allergiepass usw.) mit.

Datum

Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mühe! Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab, damit die Informationen in den Computer übernommen werden können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden weder an Dritte weitergegeben noch anderweitig verwendet!

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an

- Quartalsweise Untersuchung zur Beurteilung der Stoffwechselsituation
- Untersuchungen, die im Rahmen des DMP erforderlich sind

auf folgendem Weg

- Brief
- E-Mail _____
- Telefon _____
- SMS _____

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Untersuchungen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in