

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

Schildkrötenerkrankungen 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](mailto: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**