Gemeinschaftspraxis Werdumhaus

Dres. med. Fricke/Seemann/Demme-Werdumer Str. 81-26386 Wilhelmshaven

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen und zur Erstvorstellung in unserer Praxis mitzubringen. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name:_____ Vorname:_____ Geburtsdatum:____._____.____

Telefon:_____ Mobil:_____ Fax:_____

E-Mail:_____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Ja	Nein		Wenn ja, seit wann?
O	O	Bluthochdruck	
O	O	Herzkranzgefäßerkrankung oder Herzinfarkt	
O	O	angeborene oder erworbene Herzerkrankung	
O	O	Schlaganfall, Durchblutungsstörung der Beine	
O	O	Zuckererkrankung	
O	O	Feststoffwechselstörung (z.B. erhöhter Cholesterinwert)	
O	O	Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung oder Tuberkulose)	
O	O	Thrombose oder Lungenembolie	
O	O	Tumorerkrankung	
O	O	Chronische Infektionserkrankung	
O	O	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	

Gemeinschaftspraxis Werdumhaus

Ja	Nein		Wenn ja, seit wann?
O	O	Augenerkrankung (z.B. grüner oder grauer Star)	
O	O	Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie)	
O	O	Psychische Erkrankung (z.B. Depressionen, Psychosen)	
O	O	Sonstige Erkrankung	

Krankenhausbehandlungen?

Wann? Wo? Warum?

_____

_____

_____

_____

Familien Anamnese:

Sind in ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

O Diabetes mellitus

O Bluthochdruck

O Herzerkrankungen

O Schlaganfall

O Durchblutungsstörungen der Beine

O erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL)

O Lungenerkrankungen

O Tumorerkrankungen

O psychische Erkrankungen

Gemeinschaftspraxis Werdumhaus

Sozial Anamnese:

Familienstand: O Verheiratet O Verwitwet

O in Lebensgemeinschaft lebend

O Kinder (Wie viele? Gesund?)

Beruf:_____ **Berentet/Pensioniert?** O Ja O Nein

Hobbys:_____

Regelmäßige körperliche Betätigung? O Ja O Nein

O Sport, welche Art:_____

O andere:_____

Allgemeine Anamnese:

Ja	**Nein**	
O	O	Allergien oder andere Unverträglichkeitsreaktionen? Wenn ja worauf?
O	O	Rauchen sie? Wenn ja, wie viel Zigaretten am Tag? Seit wie vielen Jahren rauchen sie?
O	O	Haben sie früher geraucht? Seit wann nicht mehr? Über wie viele Jahre haben sie geraucht?
O	O	Trinken sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?
O	O	Nehmen sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller oder andere Drogen?
O	O	Besteht ein Impfschutz gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphterie, Polio (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten), Mumps, Masern, Röteln, Grippe und Pneumokokken (Lungenentzündung)?

Wie groß sind sie? _____cm **Wie viel wiegen sie?** _____kg

Gemeinschaftspraxis Werdumhaus

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

_____ O morgens O mittags O abends

_____ O morgens O mittags O abends

_____ O morgens O mittags O abends

_____ O morgens O mittags O abends

_____ O morgens O mittags O abends

<u>Wurden bei ihnen folgende Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?</u>

Ja	**Nein**	
O	O	Check-up 35, Gesundheitsuntersuchung
O	O	Krebsfrüherkennung für Frauen/Männer
O	O	Hautkrebs-Screening
O	O	Darmspiegelung

Ort/Datum **Unterschrift**

_____

<u>Vielen Dank für Ihre Mühe!</u>