

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

KHK Asthma COPD Diabetes

Allergien (vor allem gegen Medikamente)? Nein

Ja, folgende: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Rauchen Sie? Ja, ca. _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren. Nein Nicht mehr seit: _____

Besteht eine Schwangerschaft Hepatitis B/C HIV ?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel und wie oft? _____

Sind Sie bei anderen Fachärzten in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei welchen? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein Ja, am: _____

Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung? Nein Ja, am: _____

Letzte Augenkontrolle am: _____ Letztes EKG/ Belastungs – EKG am: _____

Letzte Langzeit- Blutdruckmessung am: _____ Wann war Ihr letzter Check- up? _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen

Schlaganfall Durchblutungsstörung der Beine

Haben Sie eine: Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Lebenssituation: In einer Partnerschaft alleinstehend verwitwet Kinder

Freizeitaktivitäten/ Sport/ Hobbies: _____

Gibt es noch einen wichtigen Punkt, den Sie uns mitteilen möchten?

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

Ja Nein

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte o.g. Praxis, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der o.g. Praxis vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____