

Fragebogen für Patienten

Datum: _____

Patient: _____
Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____
PLZ / Ort: _____ Straße/Nr. _____ Beruf _____

sonstiges: _____
Telefon _____ Mobil _____ eMail _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat **bei:** _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? – bitte nur zutreffendes Ankreuzen

Allergien

- Medikamente (z. B. Penicillin) _____
welche Medikamente?
 - Heuschnupfen _____
welche Pollen?
 - Nahrungsmittel _____
welche Nahrungsmittel?
- Besitzen Sie einen Allergiepass?** ja nein

Bluterkrankungen

- Blutarmut (Anämie)
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Thrombose

Herzerkrankungen

- Angina pectoris
- Herzinfarkt _____
wann? & wie viele?
- Herzstolpern (Arrhythmie)
- Herzschrittmacher _____
wann wurde dieser eingesetzt?
- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Herzklappenerkrankung

Infektionskrankheiten

- HIV / AIDS
- Hepatitis A / B / C _____
 A B C
- Tuberkulose

Gefäß-/ Kreislaufkrankungen

- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Arterienerkrankung (PAVK)

Gefäß-/ Kreislaufferkrankungen Teil 2

- Venen (tiefe Venenthrombose / venöse Insuffizienz)
- Lymphgefäße (Lymphödem/ Lymphangitis)

Lungenerkrankungen

- Asthma bronchiale
- COPD

Magen-/ Darmerkrankungen

- Colitis ulcerosa
- Morbus Chron

Erkrankungen des Nervensystems

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Migräne

Niere- / Genitaltrakt

- Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz)
- Prostataerkrankung
- häufige Blasenentzündungen

Psychische Erkrankungen

- Angststörung
- Depression
- Psychose

Stoffwechselerkrankung

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) Typ I Typ II
- Fettstoffwechselstörung (Cholesterin / Triglyceride)
- Harnsäure (Hyperurikämie / Gicht)
- Vitaminmangel
- Schilddrüsenerkrankung (Struma / M. Basedow / Hashimoto / Thyreoiditis / Hypothyreose)

Orthopädie

- Bandscheibenvorfall _____
- Schulterschmerzen _____ wann?
 rechts links
- Schmerzen an Hals- /Brust- / Lendenwirbelsäule
- Morbus Bechterew / Scheuermann
- Wirbelsäulen-Operation
- Arthrose
- Osteoporose
- Gelenkerkrankung

Tumorerkrankung

- Krebs / Metastasen

Sonstige Erkrankungen

- _____
- _____
- _____

Frauen

Menstruationsbeschwerden
 aktuelle Schwangerschaft? _____ ja; _____ Monat
 Orale Kontrazeption (Pille)

Weitere Angaben

Rauchen Sie? Wieviel pro Tag? _____ ca. _____ Zigaretten pro Tag
 Operationen / Unfälle? _____ wann? bzw. welche OP's?
 Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
 Leiden Sie unter Schlafstörungen? _____ ja nein
 Machen Sie Sport? (welchen / wie oft?)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte Datei „Medikamentenplan“ auf der Homepage ausfüllen, ausdrucken und diesem Formular anheften!

Name des Medikament / Mg.	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

(ASS / Marcumar / Pradaxa / Eliquis / Xarelto)

nein ja;

Welche Schutzimpfungen haben Sie bekommen? – bitte nur zutreffendes ankreuzen!

Tetanus Diphtherie Polio Pertussis (Keuchhusten)
 Masern Mumps Röteln Grippe Pneumokokken
 Hepatitis A Hepatitis B FSME (Zecken) Reiseimpfungen

Ich wünsche Auffrischungen für:

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

Was sind Ihre Wünsche? / Was erwarten Sie von uns?

den,

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens. Sie helfen uns damit Sie besser kennenzulernen und Sie adäquat zu betreuen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an dritte weitergegeben.

FÜR DIE STATISTIK

alle Angaben sind freiwillig!

		Jahre
Name	Vorname	Alter

Geschlecht: weiblich männlich

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bekannte / Freunde
 anderer Arzt
 Google
 Homepage Praxis Wolf & Kollegen

Würden Sie es begrüßen wenn unsere Praxis auch samstags geöffnet wäre?

ja
 nein
 ist mir egal

Auf unserer Homepage www.jowomed-mainz.de gibt es die Möglichkeit Rezepte online vorzubestellen. Werden Sie dieses Angebot nutzen?

ja
 nein
 weiß ich noch nicht

In unregelmäßigen Abständen (max. 1x im Monat) versendet die Praxis Wolf & Kollegen Newsletter per eMail.

Angemeldete Personen erhalten so wichtige Informationen über aktuelle Dinge der Praxis wie Urlaubsankündigung und Mitteilung über unsere Vertretung, Information wenn es neues Quartal beginnt Saisonelle Informationen. Dürfen wir Sie in unseren Verteiler aufnehmen?

ja
 nein

Falls ja, tragen Sie bitte Ihre eMail-Adresse hier ein:

eMail – Adresse

Einverständnis zur Datenspeicherung:

Mit Bestätigung dieser Anmeldung zu diesem Service willigen Sie in die Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten ein. Diese werden von uns ausschließlich dazu verwendet, Ihnen den ausgewählten Service bereitzustellen. Ihre Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, mit E-Mail an webmaster@jowomed-mainz.de Ihre Einwilligung zu widerrufen. Nach Widerruf des Services werden Ihre Daten unverzüglich gelöscht.

den,	
Ort / Datum	Unterschrift