

### ERSTAUFNAHME-FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Gespräch bei der Ärztin aus. Sollten Ihnen Fragen unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

männlich     weiblich     divers

privat versichert     gesetzlich versichert

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz

\_\_\_\_\_  
Telefon Arbeit

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Name und Telefon Notfallkontakt

\_\_\_\_\_  
Aktuelle Beschwerden

Welche **Beschwerden** haben Sie? Welche Bereiche sind betroffen?

- |  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Schilddrüse         | <input type="checkbox"/> Asthma       | <input type="checkbox"/> COPD            |
| <input type="checkbox"/> Nieren        | <input type="checkbox"/> Magen / Speiseröhre | <input type="checkbox"/> Darm         | <input type="checkbox"/> Leber / Galle   |
| <input type="checkbox"/> Nerven        | <input type="checkbox"/> Muskeln             | <input type="checkbox"/> Psyche       | <input type="checkbox"/> Arthrose        |
| <input type="checkbox"/> Rheuma        | <input type="checkbox"/> Haut                | <input type="checkbox"/> Augen        | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |

Welche anderen bzw. **chronischen Krankheiten** haben Sie?

\_\_\_\_\_  
Hatten Sie schon **Operationen**? Falls ja, welche und wann?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte **Vorsorgeuntersuchung**?

Hausärztlich: \_\_\_\_\_ Dermatologisch: \_\_\_\_\_

Gastrologisch: \_\_\_\_\_ Gynäkologisch / Urologisch: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig verschriebene oder selbst gekaufte **Medikamente** oder **Nahrungsergänzungsmittel**?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** bekannt?

Medikamente: \_\_\_\_\_ Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

Pollen: \_\_\_\_\_ Anderes: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie?

Falls ja, was und wie oft? \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol**?

Falls ja, wie viel durchschnittlich pro Woche? \_\_\_\_\_

Gibt es schwere **Erkrankungen in der Familie**? Falls ja, wer und in welchem Alter ungefähr?

Herzinfarkt: \_\_\_\_\_ Schlaganfall : \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_ Asthma/COPD: \_\_\_\_\_

Rheuma: \_\_\_\_\_ Sonstige: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme und das Recall-System einverstanden.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift