



**HausarztPraxis
in COBURG**

Liebe Patientin, Lieber Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Damit wir Sie optimal versorgen können, bitten wir Sie folgende

Fragen zu beantworten:

Name, Vorname:	_____	Geb.Datum:	_____
Adresse:	_____		
Telefon:	_____	Handy:	_____
Beruf:	_____	Krankenkasse:	_____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	Seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
chronische Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsstörung, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankung (Asthma/COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose, Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfleiden/neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen/Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien gegen Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Falls sie aufgehört haben, seit wann?			_____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Falls ja, wie oft? Wie viel?			_____



Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(Falls vorhanden können Sie uns auch gerne kurz den Medikationsplan zum kopieren geben)

Name des Medikaments	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Haben Sie bereits folgende Untersuchungen durchführen lassen?

	Ja	Nein	Falls ja, wann?
Herzkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?

	Ja	Nein	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsstörungen/Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thrombose, Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Für Kinder

gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht: Mutter Vater

Machen Sie Sport? (was? Wie oft?)

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.