

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Beruf:

Festnetz:.....Handy:.....

E-Mail:.....

Bisheriger Hausarzt:.....

Wie groß sind Sie:.....cm Wie viel wiegen Sie:.....

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel: nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel:

Konsumieren Sie andere Drogen? Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?.....

- Andere Allergien:.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....

Bitte bringen Sie zur nächste Untersuchung Ihr Impfbuch mit!

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckererkrankung/Diabetes mellitus	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, erhalten Sie einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter

Arztpraxis Annette Brauer
Poststraße 2
15831 Blankenfelde-Mahlow
Telefon: 03379/446 919 0
Fax: 03379/446 919 1
E-Mail: info@praxis-brauer.com

Sprechzeiten

Mo: 8:30 – 12:30 Di: 9:30 – 16:00 Mi: 8:30 – 12:30 Do: 12:00 – 18:30 Fr: 8:30 – 12:30