



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf (erlernt): \_\_\_\_\_

Beruf (derzeit ausgeübt): \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder:  männlich  weiblich

### ANGABEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  
 privat  Basistarif

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt  ja  nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie auszuwählen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht.

Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam

**Wenn Sie mit ja antworten,  
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen**      **ja**    **nein**

1. Große/wichtige Operationen  ja  nein  
(ungefähr wann/welche?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene/  
Lebensmittel/Medikamente) bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin  
(Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)  ja  nein

4. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

5. Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen?  ja  nein

6. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament/Wirkstoffstärke? (z. Bsp. 10mg)	Wann Einnahme und wie oft?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

8. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 9. Bluthochdruck                        | <input type="checkbox"/> | 18. Schilddrüsenerkrankungen           | <input type="checkbox"/> |
| 10. Herzerkrankungen                    | <input type="checkbox"/> | 19. Migräne/Clusterkopfschmerzen       | <input type="checkbox"/> |
| 10.1 Herzinfarkt                        | <input type="checkbox"/> | 20. Psychische Erkrankungen            | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)     | <input type="checkbox"/> | 20.1 Depressionen                      | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 Herzrhythmusstörung                | <input type="checkbox"/> | 20.2 andere: _____                     | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 andere: _____                      | <input type="checkbox"/> | 21. Anfallsleiden (Epilepsie)          | <input type="checkbox"/> |
| 11. Schlaganfall                        | <input type="checkbox"/> | 22. Schlaf-Apnoe-Syndrom               | <input type="checkbox"/> |
| 12. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | 23. Tumorleiden (Krebs)                | <input type="checkbox"/> |
| 13. Chronische Atemwegserkrankung       | <input type="checkbox"/> | 24. Thrombosen/Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 13.1 Asthma bronchiale                  | <input type="checkbox"/> | 25. Infektionskrankheiten              | <input type="checkbox"/> |
| 13.2 COPD                               | <input type="checkbox"/> | 25.1 HIV                               | <input type="checkbox"/> |
| 13.3 andere: _____                      | <input type="checkbox"/> | 25.2 Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nierenerkrankungen                  | <input type="checkbox"/> | 25.3 Tbc (Tuberkulose)                 | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gicht                               | <input type="checkbox"/> | 25.4 andere: _____                     | <input type="checkbox"/> |
| 16. Rheuma                              | <input type="checkbox"/> | 26. andere Erkrankungen, welche? _____ | <input type="checkbox"/> |
| 17. Osteoporose                         | <input type="checkbox"/> | _____                                  |                          |
|   |                          | _____                                  |                          |
|   |                          | _____                                  |                          |
|   |                          | _____                                  |                          |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung von:  
\_\_\_\_\_
- Internet/Homepage
- Telefonbuch/Das Örtliche
- Gelbe Seiten
- sonstiges:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift