

Patientenfragebogen

Hausarztpraxis Irina Richter | Weißenhöher Straße 64, 12683 Berlin

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

um einen reibungslosen und effizienten Sprechstundenablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen, bzw. zutreffendes anzukreuzen.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam.

Stammdaten	
Name	Vorname
Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort	Geburtsdatum
Telefon (Festnetz/Mobil)	e-Mail
Nehmen Sie an einem DMP Programm teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Praxis _____	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____	Grad der Behinderung _____ % ggf. Merkzeichen: _____
Größe	Gewicht
Berufliche Tätigkeit	Bezugsperson/Notfallkontakt (bitte mit Telefonnummer und Beziehung angeben)
Zuzahlungsbefreit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis _____	

Erkrankungen	
Chronische Erkrankungen? (zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> KHK (Koronare Herzkrankheit) <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (Herzschwäche) <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
Krebserkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann :	

! bitte wenden !

Patientenfragebogen

Hausarztpraxis Irina Richter | Weißenhöher Straße 64, 12683 Berlin

Sonstige Erkrankungen

Operationen

Was wurde wann operiert?

Raucher? (seit wann, wie viel am Tag?)

Sport? (welcher Sport, wie oft?)

Alkohol? (was und wie viel pro Tag/Woche/Monat etc.)

Vorhandene Hilfsmittel? (Brille, Hörgeräte, Schrittmacher, Rollator, Rollstuhl etc.)

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (bitte auch Wirkstärke und Dosierung angeben) **oder** Medikationsplan vorzeigen

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Mitbehandelnde Ärzte

Wo sind Sie noch in Behandlung? (**Fachrichtung, Name und Adresse** des/r Arztes/Ärztin)

Aktuelle Beschwerden (was und seit wann)

Ort, Datum

Unterschrift