

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 _____ % |
| Größe | Gewicht |
| Berufliche Tätigkeit | Bezugsperson/Notfallkontakt (bitte mit Telefonnummer 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"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> sonstige, welche _____ <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| 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?

| |
|--|
| |
|--|

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (bitte auch Wirkstärke und Dosierung angeben)

- 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