



Hausarztzentrum Nörten

Praxisinhaber: Dr. med. Martin Stolze

Angestellte Ärzte: Dr. med. Margit Günther · Ulrike Berger · Dr. med. Anne Burkhardt

Fragebogen für Neu-Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Wir möchten uns optimal um ihre Gesundheit kümmern. Hierfür benötigen wir Ihre Krankengeschichte. Damit ersparen sie sich und uns wertvolle Zeit und ermöglichen uns, Ihnen eine optimale Behandlungszeit zu bieten.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Wohnort: _____

Straße & Haus-Nr.: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Erlerner Beruf: _____

Tätigkeit: _____

Arbeitgeber: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt

Versichertenstatus: ☐ Mitglied ☐ freiwilliges Mitglied ☐ Familienmitglied ☐ Rentner

Privatversicherung: Name: _____ Rechnung an: _____

Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen? ☐ Kurzsichtig ☐ Weitsichtig ☐ Sonstiges: _____

Leiden sie an einer der Folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Schilddrüsen-
erkrankung | ☐ Erhöhte Blutfette | ☐ Nasen-Nebenhöhlen-
Erkrankungen | ☐ Blasen, Nieren-
Erkrankung |
| ☐ Lebererkrankung | ☐ Krampfadern | ☐ Mandenentzündungen | ☐ Blasen/Nieren-
Steine |
| ☐ Herzerkrankung | ☐ Durchblutungsstörung | ☐ Mittelohrentzündung | ☐ Gallensteine |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Augenerkrankungen | ☐ Schwerhörigkeit | ☐ Prostataleiden |
| ☐ Gicht | ☐ Krebserkrankung | ☐ Heuschnupfen | ☐ Thrombose |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Berufserkrankung | ☐ Rückenschmerzen | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Lungenerkrankung | ☐ Kopfschmerzen | ☐ Nacken/Schulterschmerz | ☐ Rheuma |

Hatten Sie schon Operationen/Unfälle?

Wann?

Welche? _____

Gibt es bei Ihnen familiäre Vorerkrankungen (Eltern, Geschwister)?

(Z.B. Diabetes mellitus, Herzinfarkt, M. Alzheimer, Epilepsie, Bluthochdruck, hohe Blutfette, Krebserkrankung, Übergewicht, Schlaganfall, Schilddrüsenerkrankung, Asthma, TBC)

1) _____

3) _____

2) _____

4) _____

Haben Sie Allergien?

Wenn ja bitte auflisten:

☐ JA ☐ NEIN

Allergiepass vorhanden?

☐ JA ☐ NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamenten?

Wenn ja, bitte auflisten

☐ JA ☐ NEIN

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?

Wenn ja, bitte auflisten

☐ JA ☐ NEIN

1) _____

2) _____

3) _____

Rauchen Sie?

☐ JA ☐ NEIN

_____ Zigaretten am Tag

Treiben sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen?

☐ JA ☐ NEIN

Für weiblichen Patientinnen:

Geburten: _____

Regel (Abstand, Dauer): _____

Wechseljahre (Beginn): _____

Ist bei Ihnen ausreichender Impfschutz vorhanden?

☐ JA ☐ NEIN

Sofern Sie einen Impfpass besitzen, bringen Sie den beim nächsten Kontakt bitte mit.

Wenn Sie möchten, dass wir Ihre alte Krankenhausakte bei Ihrem ehemaligen Hausarzt bzw. Ihrer ehemaligen Hausärztin anfordern, informieren sie bitte eine Mitarbeiterin des Praxisteams

Wodurch sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Persönliche Empfehlung ☐ Telefonbuch ☐ Andere Quelle: _____

Ich bin damit einverstanden, von der Praxis an Impfungen, Vorsorge oder wichtige Untersuchungen erinnert zu werden.

Unterschrift Patient/Patientin

Wir bedanken uns recht herzlich bei Ihnen für Ihre Angaben.

Ihr Praxisteam des Hausarztzentrums Nörten.