

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Mathias Loll • Jens Wappler
Fachärzte für Innere Medizin • Hausärzte
Angelika Völker
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Pestalozzistraße 1
76829 Landau
www.hausarzt-lobl-wappler.de

Tel. 06341 / 87865
Fax 06341 / 897841
info@hausarzt-lobl-wappler.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu erhalten, bitten wir alle unsere neuen Patienten, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte eine Frage für Sie unverständlich erscheinen, so werden wir Ihnen gerne beim Ausfüllen behilflich sein. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt und selbstverständlich an niemanden weitergegeben.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon _____ Mobil _____

Mailadresse _____

Beruf: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Wenn ja, welche?

Bluthochdruck	Nein	☐	Ja	☐
Herzkrankheit	Nein	☐	Ja	☐
Blutzuckerkrankheit/ Diabetes	Nein	☐	Ja	☐
Magen/ Darmerkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
Tumorerkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
Nierenerkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
Fettstoffwechselstörungen	Nein	☐	Ja	☐
Gicht/ Harnsäurestoffwechselstörungen	Nein	☐	Ja	☐
Gelenkerkrankungen/ Rheuma	Nein	☐	Ja	☐
Hauterkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
Schilddrüsenerkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
HIV-Infektion/ AIDS	Nein	☐	Ja	☐
Leberentzündungen	Nein	☐	Ja	☐
Asthma/ Chronische Bronchitis	Nein	☐	Ja	☐
Psychische Erkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
Anfallsleiden/ Epilepsie	Nein	☐	Ja	☐

Sonstige, welche? _____

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Allergien? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Nein ☐ Ja ☐

Leidet jemand aus Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein	☐	Ja	☐
Blutzuckerkrankheit/ Diabetes	Nein	☐	Ja	☐
Fettstoffwechselerkrankung	Nein	☐	Ja	☐
Herzerkrankungen/ Herzinfarkt	Nein	☐	Ja	☐
Asthma	Nein	☐	Ja	☐
Krebserkrankung	Nein	☐	Ja	☐

Wie groß sind Sie? _____ cm **Ihr Gewicht?** _____ kg

Zigaretten? Nein ☐ Ja ☐
Falls ja, wie viele am Tag? _____ Seit wann? _____

Alkohol? Nein ☐ Ja ☐
Falls ja, eher täglich? ☐
eher ab und zu? ☐

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? Nein ☐ Ja ☐
Haben Sie Kinder geboren? Nein ☐ Ja ☐ Falls ja, wann? _____
Nehmen Sie die Antibabypille ein? Nein ☐ Ja ☐

An alle: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente eine? Nein ☐ Ja ☐

Falls ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? Nein ☐ Ja ☐

Bitte bringen Sie diesen bei Ihrem nächsten Besuch mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wünschen Sie einen Recall – also eine Erinnerung an geplante Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen? Nein ☐ Ja ☐

Haben Sie einen Pflegegrad? Nein ☐ Ja ☐
Falls ja, welchen? _____

Einen Grad der Behinderung (GdB)? Nein ☐ Ja ☐
Falls ja, welchen? _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen Zeit genommen haben.
Ihr Praxisteam

Datum

Ihre Unterschrift