

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Mathias Loll • Jens Wappler
Fachärzte für Innere Medizin • Hausärzte
Diabetologie – Ernährungsberatung
Reisemedizinische Beratung – Psychosomatische Grundversorgung

Pestalozzistraße 1
76829 Landau

Tel. 06341 / 87865 u. 86536
Mobil 0159 / 01142719
Fax 06341 / 899483 u. 897841
info@praxis-loll-wappler.de

www.praxis-loll-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	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit/ Diabetes	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Magen/ Darmerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Gicht/ Harnsäurestoffwechselstörungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen/ Rheuma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion/ AIDS	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leberentzündungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Asthma/ Chronische Bronchitis	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/ Epilepsie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit/ Diabetes	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen/ Herzinfarkt	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Asthma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

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