

Gemeinschaftspraxis
Dres. C. Albrecht / S. Credner / J. Wilhelm / C. Mergenthal / J. Kilian
Bad Homburg / Königstein / Usingen / Eschborn

Fragebogen zu Ihrer Krankheitsgeschichte und Erklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 bevor Sie gleich untersucht werden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrer Krankheitsgeschichte. Diese Informationen sind für weitere therapeutische und/oder diagnostische Empfehlungen sehr wichtig. Dieser Fragebogen ist Bestandteil Ihrer Krankenakte:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Grösse: cm	Gewicht: kg	Beruf:
Festnetznummer.:		Mobilnummer:

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns?

Welcher Hausarzt betreut Sie? Bitte angeben, wenn Ihre Überweisung von einem anderen Arzt ausgestellt wurde oder wenn keine Überweisung vorliegt:

Name des Hausarztes:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

keine↑

Medikament mit Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen? Wenn ja, welche?

BITTE AUCH DIE NÄCHSTE SEITE AUSFÜLLEN →

Bitte nennen Sie die wichtigsten **Krankheitsereignisse aus der Vergangenheit**, z.B. Operationen, Herzinfarkt, Herzkatheteruntersuchungen, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall. Wenn Ihnen oder Ihrem Hausarzt dazu Befundberichte vorliegen, würden wir diese gern in die Krankenakte aufnehmen.

Ereignis	Welches Krankenhaus und Datum

Welche **Herz- und Gefäß-Risikofaktoren** sind Ihnen bekannt? Bitte ankreuzen:

Bluthochdruck: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Cholesterinerhöhung: <input type="checkbox"/>	Harnsäureerhöhung: <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck seit _____ Jahren	Raucher seit: _____ Zigaretten pro Tag: _____	Nichtraucher: ggfs. seit: _____
Übermäßige Stressbelastung im Beruf: <input type="checkbox"/> in der Familie: <input type="checkbox"/>	Bewegungsmangel: <input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus: Typ 1 <input type="checkbox"/> / Typ 2 <input type="checkbox"/>

Welche Herz-/Kreislaufferkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt:

z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Cholesterinerhöhung, Zuckerkrankheit, angeborene Herzleiden, Stoffwechselerkrankung:

Familienangehörige (Vater, Mutter, Bruder, Schwester)	Krankheit

Bei gesetzlichen Krankenversicherten: besteht eine private Zusatzversicherung?

Bitte entsprechendes ankreuzen: ja nein

Falls ja, Name der Versicherung: _____

Erklärung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Befunde und Befunddokumente an meinen o.a. weiterbehandelnden (Haus-)Arzt weiterleitet und Vorbefunde anfordern darf. Meine personenbezogenen Daten werden für mindestens 10 Jahre gespeichert. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift