

Fragebogen zur Gesundheit

Kontaktdaten *(bitte korrigieren oder vervollständigen Sie)*

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdat.:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ und Ort:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Handy / Telefon:	<input type="text"/>	<small>(bitte Telefonnummer, unter der wir Sie kurzfristig erreichen können)</small>	
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>		

Sind Allergien bekannt oder gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? nein ja, folgende:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Haben oder hatten Sie Krankheiten oder Operationen an den folgenden Körperteilen oder –funktionen?
Bitte nutzen Sie die Zeilen für Details (Z.B. Jahreszahlen, Probleme, Links/Rechts, etc.)

Gehirn und Nerven.:	<input type="checkbox"/> Augendruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Psyche
andere:	<input type="text"/>			

Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Blutfette & Gicht	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
andere:	<input type="text"/>		

Herz	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Stents	<input type="checkbox"/> Herzrhythmus-Störung
andere:	<input type="text"/>			

Lunge	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
andere:	<input type="text"/>		

Verdauungsorgane	<input type="checkbox"/> Speiseröhre	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Leber & Gallenblase
andere:	<input type="text"/>			

Niere und Harnblase:	<input type="checkbox"/> Nierenschwäche	<input type="checkbox"/> Steinleiden	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
andere:	<input type="text"/>		

Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Knie und Hüfte	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
andere:	<input type="text"/>			

Blut- & Infektionskrankh.	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Blutgerinnung	<input type="checkbox"/> Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS
andere:	<input type="text"/>			

Augen	Krebserkrankungen	Anderes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gab es bei Ihren direkten Verwandten (leibliche Eltern, Großeltern, Geschwister) ...
Falls ja, bitte Verhältnis angeben und, falls bekannt, das ungefähre Alter bei Erkrankung

Bluthochdruck oder Herzinfarkt?	Schlaganfall?	Krebserkrankungen?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



von _____

Wann waren Sie zuletzt? **) bei uns verfügbar

Zur Gesundheitsuntersuchung? ** <i>18.-35. Lebensjahr einmalig, dann alle 3 Jahre</i>	
Zum Hautkrebsscreening? ** <i>Ab 35. Lebensjahr alle 2 Jahre</i>	
Zur Darmspiegelung (Koloskopie)? <i>Männer ab 50, Frauen ab 55 Jahren</i>	
Frauen: zur gyn. Krebsvorsorge? <i>Jährliche Kontrollen ab der Pubertät</i>	
Männer: zur Prostata-Krebsvorsorge? <i>Ab 45. Lebensjahr jährlich</i>	

Rauchen Sie?

Nein, noch nie

Nein, seit _____ Jahren nicht mehr.

Ja, seit _____ Jahren ca. _____ Zigaretten/Tag

Wieviel Alkohol trinken Sie?

Ich trinke **fast nie**

Seltener als: 1x/Woche 1x/Monat

pro Woche, im Durchschnitt:
_____ Bier _____ Wein _____ Schnaps

Ihre aktuellen Medikamente: Ich nehme keine.

Name	Dosis	Zeiten

Ihre Impfungen: *Ihr Impfbuch überprüfen wir jederzeit gern!*

Meine Impfungen sind **sicher vollständig**.

Ich bin mir **unsicher**, ob meine Impfungen aktuell sind.

Ich wurde seit über 10 Jahren **nicht mehr geimpft**

Größe und Gewicht?

kg	Ihr Gewichtsverlauf im letzten Jahr: <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> abgenommen
cm	

Bitte berichten Sie uns von Ihrem...

Schlaf?	<input type="checkbox"/> erholsam <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme <input type="checkbox"/> anderes:
Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> 2x pro Tag bis alle 2 Tage <input type="checkbox"/> oft verstopft <input type="checkbox"/> oft Durchfall
Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> keine Probleme <input type="checkbox"/> muss oft nachts aufstehen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> nur kleine Mengen

Einverständnis zur Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitenden der Praxis, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist, zugänglich sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeitenden zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erhoben, verarbeitet und an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit form- und fristlos in der Praxis oder per E-Mail widerrufen werden.

Detaillierte Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO hängen in der Praxis am Empfang aus und sind auf unserer Webseite, www.Hausarztpraxis-Steglitz.de, einzusehen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder den Datenschutzbeauftragten der Praxis.

SMS- und Terminservice

Über das Termin-Buchungsportal doctolib.de, bieten wir einen Erinnerungsservice an.

Ja, erinnern Sie mich per SMS oder E-Mail an meine Termine. Nein, ich habe im Moment kein Interesse.

Berlin, den _____ Unterschrift _____

In eigener Sache:

Wir sind interessiert, wie Sie zu uns kamen? (Empfehlung, Internet, ...) _____

In unserer Praxis können wir Sie dank Zusatzqualifikationen und Geräteausstattung unter anderem bei den folgenden Themen unterstützen: sportliche Leistungsdiagnostik, Ernährungsmedizin, reisemedizinische Beratung, sowie strukturierte Behandlung (DMP) für Diabetes, Asthma, COPD, Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit. Sprechen Sie uns bei Interesse gern an!